



CAROLINA COUTINHO COSTA VALLEJOS

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE MULHERES E HOMENS, USUÁRIAS (OS) DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, SOBRE A VIOLÊNCIA**

RIO GRANDE

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

CAROLINA COUTINHO COSTA VALLEJOS

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE MULHERES E HOMENS, USUÁRIAS (OS) DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, SOBRE A VIOLÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Tecnologias de enfermagem/saúde a indivíduos e grupos sociais

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Camila Daiane Silva

RIO GRANDE

2020

Ficha Catalográfica

V182r Vallejos, Carolina Coutinho Costa.
Representação social de mulheres e homens, usuárias (os) da
Estratégia Saúde da Família, sobre a violência / Carolina Coutinho
Costa Vallejos. – 2020.
87 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande –
FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio
Grande/RS, 2020.

Orientadora: Dra. Camila Daiane Silva.

1. Representações Sociais 2. Violência 3. Violência Baseada no
Gênero 4. Estratégia de Saúde da Família I. Silva, Camila Daiane
II. Título.

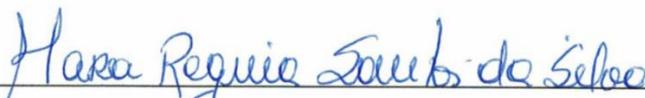
CDU 316.48

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

Folha de aprovação
CAROLINA COUTINHO COSTA VALLEJOS

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE MULHERES E HOMENS, USUÁRIAS (OS) DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SOBRE VIOLÊNCIA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 14 de dezembro de 2020, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde



Profa Dra Mara Regina Santos da Silva

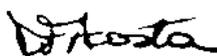
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - FURG

BANCA EXAMINADORA



Profa Dra Camila Daiane Silva

(Presidente)



Profa Dra Daniele Ferreira Acosta
(Membro Efetivo Externo ao PPGENF/FURG)



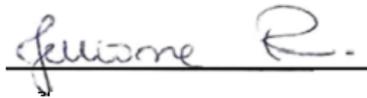
Aline Neutzling Brum
(Membro Efetivo do PPGENF/FURG)



Profa Dra Marina Soares Mota
(Membro Efetivo Externo à FURG)



Profa Dra Diéssica Roggia Piexak
(Membro Suplente do PPGENF/FURG)



Profa Dra Juliane Portella Ribeiro
(Membro Suplente Externo à FURG)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado a vida e a oportunidade de adquirir conhecimento.

Aos meus pais, Gloria Gonçalves Coutinho e Claudinei Rodrigues Costa que sempre foram minha força e incentivo para que eu me desenvolvesse e me tornasse quem eu quisesse. Obrigada por me criarem com liberdade e proteção e por estarem presentes em todas as minhas conquistas.

Ao meu companheiro, Douglas da Silva Vallejos, que foi o maior incentivador para que eu tentasse uma vaga no mestrado, que me deu forças quando precisei, que ouviu minhas alegrias e minhas tristezas e, mesmo diante de todas as dificuldades, não me deixou desistir. Obrigada por lutar todos os dias, ao meu lado, para que nós dois tivéssemos nossos sonhos e desejos realizados. Obrigada pelo amor e respeito e por sempre estar disposto a entrar em debates pautados na minha dissertação e, por abrir meus olhos para diversas questões pessoais e profissionais que me fazem crescer a cada dia.

À minha inspiração diária, minha filha Helena Coutinho Costa Vallejos, que chegou no meio da Residência Multiprofissional e embarcou direto no Mestrado. Ela nunca me impediu de nada, pelo contrário, apesar de ser tão pequenininha, ela é quem me dá forças para seguir com todos os meus projetos e me tornar uma pessoa melhor. Ela é a responsável por eu me dedicar tanto nessa pesquisa, para que eu consiga deixar uma herança de consciência e respeito, para que ela saiba reconhecer seus direitos e seus limites e nunca se cale ou se omita diante de situações de violência, sejam consigo mesma ou com outras pessoas.

À Universidade Federal de Rio Grande, que se fez presente em toda minha trajetória acadêmica. Me deu a oportunidade de me tornar enfermeira, especialista em Saúde da Família e Mestre em Enfermagem. Agradeço aos projetos de bolsas que pude participar e que me auxiliaram financeiramente e me ajudaram a manter minha vida estável para que conseguisse concluir meus cursos.

Aos projetos e grupos de pesquisa em que participei, em especial ao Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade (GEPEGS), que me acolheu e me apresentou ideias e debates que me fizeram evoluir como pessoa e como profissional e, ainda me trouxe amigas que levarei para sempre comigo.

À minha orientadora, Enf^a Dr^a Camila Daiane Silva, que desde a primeira conversa para uma possível orientação, teve o cuidado de entender quem eu era e por se preocupar com o que eu queria. Obrigada por ter me ensinado tantas coisas sobre ser docente e sobre ser humana na missão de ensinar enfermagem. Obrigada por me ensinar a ser mestre, por me ouvir, por me

entender e por ter se tornado uma amiga, mesmo que nosso segundo ano de trabalho tenha sido 100% online. Sou grata por termos nos encontrado nessa caminhada, por termos aprendido uma com a outra e por teres me mostrado um caminho novo repleto de possibilidades.

À banca avaliadora, Daniele F. Acosta, Aline N. Brum, Marina S. Mota, Diéssica Piexak e Juliane Portella, pelo tempo dedicado à esta pesquisa.

*“Vivemos em um mundo onde
nos escondemos para fazer amor,
enquanto a violência é praticada em plena luz do dia.”*

John Lennon

RESUMO

COSTA, Carolina Coutinho Vallejos. **Representação Social de mulheres e homens, usuárias (os) da estratégia de saúde da família, sobre a violência.** 2020. 95 fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

Este estudo teve como objetivo geral analisar a representação social de mulheres e homens, usuários (as) da Estratégia de Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul, sobre a violência. A pesquisa foi desenvolvida em todas as 25 Unidades Básicas de Saúde da Família. Foram convidados para a etapa das evocações, 150 usuários (as), sendo três homens e três mulheres de cada unidade, conforme demanda espontânea. Na etapa das entrevistas, foram convidados 32 dos 150 usuários (as) que participaram da primeira etapa, sendo quatro pessoas em cada uma das oito unidades selecionadas previamente, mantendo-se a igualdade de duas mulheres e dois homens. A análise dos dados foi realizada por meio de dois *softwares*, o EVOC e IRAMUTEQ. O primeiro permitiu a construção do quadro de quatro casas e, a partir desses resultados, foi aplicada a análise de similitude que identifica as coocorrências entre as palavras do quadro, indicando a conexidade entre elas. Para esta análise, bem como para as entrevistas, foi utilizado o *software* IRAMUTEQ. A coleta dos dados aconteceu no período de janeiro a março de 2019. Os resultados foram divididos em dois artigos científicos. O primeiro identificou que o núcleo central de homens e mulheres que tiveram como elemento central o termo violência, porém há diferenças no local de ocorrência e os tipos de violência que cada um está sujeito. As mulheres vivenciam a violência física, verbal, entre outras, no ambiente doméstico e os homens sofrem a violência nos espaços públicos. O segundo artigo abordou duas classes que destacaram as diferenças de ser homem e mulher frente a violência e os fatores que a causam. A agressividade é introjetada, socialmente, ao sexo masculino, enquanto que o sexo feminino é considerado frágil, sensível e passivo. Vários são os fatores que geram violência, como falta de diálogo, brigas de trânsito, ciúme, drogas, ambiente familiar, desigualdade social, preconceito e impunidade. Sendo assim, espera-se que compreender a representação social de mulheres e homens sobre a violência, sirva para criar estratégias eficazes para o enfrentamento desse problema de saúde pública.

Palavras-chave: Representações Sociais. Violência. Violência Baseada no Gênero. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

COSTA, Carolina Coutinho Vallejos. **Social representation of women and men, users of the family health strategy, on violence.** 2020. 95fls. Dissertation (Master in Nursing) - School of Nursing. Graduate Program in Nursing. Federal University of Rio Grande, Rio Grande / RS.

This study analyzed the social representation of women and men, users of the Family Health Strategy in a city in the Rio Grande do Sul, in relation to violence. The research was conducted in all 25 Basic Family Health Units. A total of 150 users were invited to the evocation stage, three men and three women from each unit, according to spontaneous demand. In the interview stage, were invited 32 of the 150 users who participated in the first stage, four people in each of the eight units previously selected, maintaining the equality of two women and two men. Data analysis was performed using two software, EVOC, and IRAMUTEQ. The first allowed the construction of the four-house chart and based on these results, a similarity analysis was applied, which identifies the co-occurrences between the words in the chart, indicating the connection between them. The software IRAMUTEQ was used for this analysis, as well as for the interviews. Data collection occurred from January to March 2019. The results were divided into two scientific articles. The first identified that the central nucleus of men and women whose central element was the term violence, however, there are differences in the place of occurrence and the types of violence that each one is subject to. Women experience physical and verbal violence, among others, in the domestic environment, and men suffer violence in public spaces. The second article addressed two classes that highlighted the differences between being a man and a woman, despite violence and the factors that cause it. Aggression is socially introjected to male sex, while the female sex is considered fragile, sensitive, and passive. Several factors generate violence, such as lack of dialogue, traffic fights, jealousy, drugs, family environment, social inequality, prejudice, and impunity. Thus, it is expected that understanding the social representation of women and men concerning violence, serves to create effective strategies to face this public health problem.

Keywords: Social Representations. Violence. Gender Based Violence. Family Health Strategy.

RESUMEN

COSTA, Carolina Coutinho Vallejos. **Representación social de mujeres y hombres, usuarios de la estrategia de salud de la familia, sobre la violencia.** 2020. 95 páginas Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería. Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande / RS.

Este estudio analizó la representación social de mujeres y hombres, usuarios de la Estrategia Salud de la Familia en una ciudad de Rio Grande do Sul, en relación con la violencia. La investigación se realizó en las 25 Unidades Básicas de Salud de la Familia. A la etapa de evocación se invitó a un total de 150 usuarios, tres hombres y tres mujeres de cada unidad, según demanda espontánea. En la etapa de entrevista, fueron invitados 32 de los 150 usuarios que participaron en la primera etapa, cuatro personas en cada una de las ocho unidades previamente seleccionadas, manteniendo la igualdad de dos mujeres y dos hombres. El análisis de datos se realizó utilizando dos programas, EVOC e IRAMUTEQ. El primero permitió la construcción del gráfico de cuatro casas y con base en estos resultados se aplicó un análisis de similitud, que identifica las coocurrencias entre las palabras en el gráfico, indicando la conexión entre ellas. Para este análisis se utilizó el software IRAMUTEQ, así como para las entrevistas. La recolección de datos ocurrió de enero a marzo de 2019. Los resultados se dividieron en dos artículos científicos. El primero identificó que el núcleo central de hombres y mujeres cuyo elemento central fue el término violencia, sin embargo, existen diferencias en el lugar de ocurrencia y los tipos de violencia a los que cada uno es sometido. Las mujeres sufren violencia física y verbal, entre otras, en el ámbito doméstico, y los hombres sufren violencia en los espacios públicos. El segundo artículo abordó dos clases que destacaron las diferencias entre ser hombre y mujer, a pesar de la violencia y los factores que la provocan. La agresión está socialmente introyectada al sexo masculino, mientras que el sexo femenino se considera frágil, sensible y pasivo. Varios factores generan violencia, como la falta de diálogo, las peleas de tráfico, los celos, las drogas, el ambiente familiar, la desigualdad social, los prejuicios y la impunidad. De esta forma, se espera que comprender la representación social de mujeres y hombres frente a la violencia, sirva para crear estrategias efectivas para enfrentar este problema de salud pública.

Palabras clave: Representaciones sociales. Violencia. La violencia de género. Estrategia de salud familiar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos Específicos	11
3 REVISÃO INTEGRATIVA	12
3.1 Violência contra idosos e profissionais da saúde	15
3.2 Violência contra as mulheres	16
3.3 Violência contra crianças e/ou adolescentes	19
3.4 Conduta profissional frente às situações de violência	20
4 REFERENCIAL TEÓRICO	24
5 CAMINHO METODOLÓGICO.....	28
5.1 Tipo de estudo.....	28
5.2 Local de estudo	28
5.3 Participantes do estudo	29
5.3.1 Critérios de inclusão	29
5.3.2 Critérios de exclusão.....	29
5.4 Coleta de dados.....	29
5.5 Análise dos dados	30
5.6 Aspectos éticos	33
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
6.1 Artigo 1 nas normas de apresentação da Revista ABCS Health Sciences	34
6.2 Artigo 2 nas normas de apresentação da Revista Saúde e Pesquisa	54
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE A – Roteiro para a coleta de dados: Evocações livres	78
APÊNDICE B – Roteiro para a coleta de dados: Entrevista	79
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (COMPESQ)	81
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS)	82
ANEXO D - Parecer do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC).....	85

1 INTRODUÇÃO

A violência é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como:

O uso intencional de força ou poder físico, ameaçado ou real, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo/comunidade que resulta ou tem uma alta probabilidade de ferimentos, morte, danos psicológicos, mau desenvolvimento ou privação (WHO, 2002, p. 5).

A inclusão da palavra “poder” tem como objetivo ampliar a natureza violenta incluindo os atos que resultam de relacionamentos de poder como ameaças e intimidações, sendo também entendido como negligência ou omissão de casos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como suicídio (WHO, 2002).

A violência pode resultar em problemas físicos, psicológicos e sociais e não necessariamente ferimentos, incapacidade ou morte. As consequências podem ser imediatas ou a longo prazo, permanecendo por anos e, é por isso que compreender a violência apenas em ferimento ou morte limita a percepção total do motivo de sua ocorrência (DAHLBER; KRUG, 2007). Destaca-se que a definição de violência é usada apenas para atos que associem a intencionalidade ao comprometimento, independente do resultado que produzam. Aqueles incidentes não intencionais estão excluídos dessa definição, como acidentes de trânsito, incêndios e etc. (WHO, 2002).

Devido a violência ser um dos principais problemas de saúde pública, a OMS desenvolveu os conceitos dos diferentes tipos de violência. Primeiramente, a violência é dividida em três grandes grupos: violência autodirigida, violência interpessoal e violência coletiva (WHO, 2002).

A violência autodirigida é todo ato de violência realizado contra si mesmo, como pensamentos suicidas, suicídio completo e automutilação. A violência interpessoal pode ser indicada de duas formas, a violência familiar em que o agressor realiza atos de violência contra os membros da família ou parceiro íntimo e a violência comunitária, que acontece entre indivíduos, que podem ou não estar relacionados e, geralmente ocorre em lugares públicos. Por último existe a violência coletiva que é cometida por grupos maiores, podendo incluir crimes de ódio praticados por grupos organizados, atos terroristas, guerra, entre outros (WHO, 2002).

Há também a violência cultural definida como atos de discriminação e preconceito que de tão repetidos na sociedade passam a ser entendidos como verdade. No Brasil, as principais vítimas desse tipo de violência são crianças e adolescentes, mulheres, homoafetivos, pessoas com deficiência, portadores de transtornos mentais, moradores de favelas, pessoas com crenças

religiosas, migrantes, entre outros. Os tipos de violência cultural mais frequentes são violência baseada no gênero e violência racial, em que o primeiro se constitui em dominação e opressão, bastante exercida contra as mulheres. Já o segundo, ocorre contra grupos de pessoas que possuem características em comum, como cor da pele, formato das partes do corpo, cabelo, entre outros, associado a desigualdade social e econômica (TOLEDO, 2013).

Além dos tipos de violência, destaca-se a natureza dos atos violentos, podendo ser física, psicológica, sexual ou relacionados a privação e/ou negligência/abandono (WHO, 2002). A violência física é entendida como “qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal” (BRASIL, 2006, p. 1) e, geralmente, se manifesta por socos, tapas, queimaduras, ficando evidentes no corpo da pessoa que sofre a violência. Destaca-se as “agressões mais leves”, como beliscões, empurrões e outras formas, que podem não deixar marcas visíveis, mas também se enquadram nesse conceito (COSTA *et al.*, 2019).

A violência psicológica muitas vezes está relacionada com a violência física, por meio de ameaças, intimidações, comportamentos prepotentes agressivos (*bullying*), manipulações e humilhações (NETTO *et al.*, 2015; WHO, 2002). A violência sexual é entendida como condutas que constriam ou obrigam a presenciar, manter ou participar de relações sexuais não desejadas. Essa violência também pode ser definida como atos que induzam a comercialização ou utilização da sexualidade não consentida, a proibição do uso de métodos contraceptivos ou a coação pelo matrimônio, gravidez, aborto ou prostituição (BRASIL, 2006). Nesse sentido, a violência sexual é cruel e persistente, pois ela perpassa gerações e está sempre presente, atingindo mulheres, adolescentes e crianças, em todos os espaços sociais, principalmente no doméstico. Essa violência produz vulnerabilidade, insegurança constante e contribui para uma cultura violenta e patriarcal (BRASIL, 2012). Ainda há a violência relacionada a privação, negligência e abandono que se caracterizam por ausência ou falta de atendimento a alguém que necessite de cuidados (TOLEDO, 2013).

Acerca da natureza dos atos violentos, a Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, também identifica a violência patrimonial e moral, a primeira definida por “retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalhos, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades” e a violência moral é entendida como qualquer “conduta que configure calúnia, difamação ou injúria” contra a mulher que sofre violência (BRASIL, 2006, p. 1).

A Lei Maria da Penha foi criada em 2006 a fim de coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, “dispõe sobre a criação de Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra

a mulher e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência” (BRASIL, 2006, p. 1). Assim, associando o tipo de violência cultural com violência interpessoal, considera-se também o feminicídio, que é definido como assassinato de mulheres pela condição de ser mulher e, essa é a última etapa após sucessivos atos violentos (SADALLA *et al.*, 2019).

A morte de mulheres baseada no gênero é um fenômeno global, em vários países os movimentos de mulheres têm exigido resposta dos seus governantes acerca do enfrentamento da violência contra as mulheres e, dentre esses atos violentos o assassinato de mulheres baseado no gênero tem extrema significância, carecendo, ainda, de estratégias e políticas mais eficazes no enfrentamento (BRASIL, 2016a). O ano de 2020 foi marcado pela pandemia da COVID-19 e pela imposição do isolamento social, fato esse que agravou ainda mais a violência contra a mulher, ao mesmo tempo que reduziu o acesso aos serviços de apoio às pessoas que sofrem violência, como os setores de assistência social, unidades de saúde, segurança pública e justiça. Essa redução na oferta dos serviços vem acompanhada da diminuição da procura, pois as pessoas que sofrem violência não buscam os serviços pelo medo do contágio (VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020).

O termo feminicídio, homicídio de mulheres, começou a ser utilizado na tentativa de produzir mudanças de ordem patriarcal à morte violenta de mulheres, em seguida o termo evoluiu como conceito teórico que sustentava a investigação sociológica, iniciando assim interesses científicos para uma melhor compreensão do fenômeno (CORRADI *et al.*, 2016). Um estudo mostra que estudar o feminicídio transforma a percepção convencional, a conscientização pública, a ciência e ainda, motiva a formulação de políticas públicas (CORRADI *et al.*, 2016).

No Brasil, foi criada a Lei nº 13.104 do ano de 2015, que altera o código penal, passando a prever o feminicídio como circunstância qualificadora para o crime de homicídio. O feminicídio se caracteriza pelo crime cometido contra as mulheres pelo simples fato de serem do sexo feminino, considerando a violência doméstica/familiar, o menosprezo e a discriminação à condição de mulher (BRASIL, 2016b).

Ainda, a Lei prevê um aumento de pena quando o crime for praticado contra gestantes ou nos três primeiros meses pós-parto, bem como menores de 14 anos, maiores de 60 anos ou portadoras de alguma deficiência ou na presença de ascendente ou descendente da vítima (BRASIL, 2016b).

Sabe-se que homens e mulheres podem provocar violência e também serem vítimas de violência. Nesse sentido, mundialmente, estimou-se 477 mil homicídios em 2016, sendo a maioria das vítimas do sexo masculino. As mortes por guerras e conflitos chegaram a 180 mil no mesmo ano, número muito inferior às mortes por homicídio (WHO, 2018). No Brasil, em 2017, um estudo apontou 65.602 homicídios, tratando-se do maior nível histórico de casos de violência intencional no país, principalmente em jovens do sexo masculino. Entretanto, aliada a mortalidade precoce, os últimos anos trazem um processo extremamente preocupante que é o aumento da violência contra grupos específicos, população Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Travestis e Intersexo (LGBTI), mulheres, nos casos de feminicídio e negros (BRASIL, 2019).

Em contrapartida, o Monitor de Violência, que é uma parceria entre o portal de jornalismo G1 (Rede Globo), o Núcleo de Estudos da Violência (NEV-USP) e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, identificou que no ano de 2019 o país teve um total de 41.635 vítimas por homicídio, entre homens e mulheres, tratando-se do menor número registrado desde o ano de 2007 (G1, 2020). A nível estadual, o Rio Grande do Sul fechou o ano com seu menor índice, de 15,8 a cada 100 mil habitantes (G1, 2020). Em relação ao feminicídio, ficou em 16º lugar na taxa de homicídios de mulheres no ano de 2017 (BRASIL, 2019).

Em 2019, o município de Rio Grande/RS ficou em 12º lugar nos casos de homicídios, entre homens e mulheres, o que demonstra uma queda em relação a 2018 quando se encontrava na 8ª posição. As primeiras posições são ocupadas pelos municípios Porto Alegre, Alvorada, Viamão, Canoas, Caxias do Sul, Gravataí, Pelotas, Novo Hamburgo, Bento Gonçalves, Santa Maria e São Leopoldo. Quanto ao feminicídio, Porto Alegre e Bento Gonçalves disputam a 1ª posição, enquanto Caxias do Sul e Santa Maria vem logo após, com o mesmo número de casos em 2019 (SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Assim sendo, percebe-se a importância de realizar um comparativo entre homens e mulheres, acerca da violência, pois claramente sofrem tipos de violências diferentes e possuem necessidades e papéis distintos perante a sociedade. De acordo com os registros já apresentados, a mulher sofre a violência baseada no gênero e, geralmente dentro do lar, já os homens se envolvem em agressões urbanas e, que muitas vezes levam a morte.

Conhecendo sobre os conceitos de violência, suas tipologias e a natureza de cada uma, é importante destacar que a redução significativa de todas as formas de violência está preconizada como uma das metas do documento “Transformando Nosso Mundo: Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, que visa fortalecer a paz universal com mais liberdade

até o ano de 2030 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015). Até os anos 1990, a violência era vista apenas como um problema social de responsabilidade da segurança pública, porém a partir daí ela foi lentamente sendo incluída no setor da saúde (MINAYO, 2004).

A violência vem sendo debatida ao longo dos anos com a intenção de diminuir, prevenir e promover a paz. Em 2001 foi oficializada no Brasil, a portaria GM/MS nº 737 que aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que contém a definição de conceitos, diagnóstico, diretrizes e estratégias das ações intersetoriais, destacando a função de cada setor (MINAYO, 2004). Em 2003 foi instituída a Secretaria de Políticas para Mulheres, que passou a fortalecer as políticas públicas no enfrentamento a violência contra as mulheres, passando a incluir ações integradas como estabelecimento de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento das leis, apoio aos projetos de incentivo a redução da violência e ampliação do acesso das mulheres aos serviços de segurança pública (BRASIL, 2011).

Alguns anos mais tarde foi instituída a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde e Cultura da Paz que tem como alguns objetivos qualificar a gestão e a rede de atenção para a prevenção de violências, desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de violência à grupos vulneráveis e garantir que as notificações sejam realizadas (BRASIL, 2004).

A saúde e a segurança são necessidades essenciais para que as pessoas vivam com dignidade e melhor qualidade de vida, assim os Ministérios da Saúde e da Justiça, assinaram em 2008, um acordo de cooperação técnica que propõe o desenvolvimento de ações conjuntas entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI) (BRASIL, 2008a).

O PRONASCI tem como objetivo a prevenção, controle e repressão da criminalidade e, para alcançar os objetivos visa melhorar o sistema de segurança pública e prisional. Com valorização dos profissionais, implementação de projetos educativos para ressocializar pessoas que tiveram penas restritivas e promoção no acesso aos adolescentes e jovens, em situação de vulnerabilidade, às políticas sociais. Além disso, destina-se a promover os direitos humanos, considerando as questões de gênero, étnicas, raciais, orientação sexual e de diversidade cultural. Para o desenvolvimento desses objetivos, a ESF entra como parceira (BRASIL, 2008b).

A ESF está incorporada na Política Nacional de Atenção Básica e têm como objetivo expandir, qualificar e consolidar o atendimento à saúde, pois favorece um novo processo de trabalho com maior potencial de aprofundamento das diretrizes, princípios e fundamentos da atenção básica e do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando a resolutividade, impactando na

saúde individual e coletiva e propiciando uma importante relação custo-efetividade. Além disso ela configura um processo evolutivo, porém singular, que inclui e respeita as especificidades de cada região. A ESF possui uma equipe composta de médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, pode-se acrescentar também os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico de saúde bucal (BRASIL, 2017).

A violência tem sido cada vez mais presente dentro dos territórios, e se torna um atual desafio para as equipes da ESF, pois os serviços de saúde apresentam inúmeras dificuldades para obtenção de resultados eficientes frente ao fenômeno da violência e é imprescindível o trabalho intersetorial e interdisciplinar. Assim, o enfrentamento deve resultar do esforço de vários setores como serviço de saúde, escolas, assistência social, políticas públicas, autonomia, participação social, relações entre a comunidade e a justiça social (PEREIRA JÚNIOR; BERETTA, 2019).

Um estudo que entrevistou profissionais da saúde, revela que o enfermeiro é o profissional mais mobilizado para o gerenciamento e liderança da equipe frente as situações de violência, atuando como mediador, coordenador e facilitador das ações (FLÓRIDO *et al.*, 2020). Entretanto ainda há dificuldade por parte do enfermeiro sobre quais intervenções realizar quando estão frente a uma situação de violência, como por exemplo a violência autodirigida, que muitas vezes não é reconhecida como violência e a vítima acaba ficando na invisibilidade (MOREIRA; SILVA, 2019).

A identificação da violência depende de recursos internos, sensibilidade, habilidade e disponibilidade para uma escuta ativa, além de um constante investimento em capacitação profissional. Sendo assim, a equipe de enfermagem tem uma rotina intensa e, a falta de tempo interfere nesse atendimento e na capacitação (MOREIRA; SILVA, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Para que se possa desnaturalizar a violência e as formas de reprodução de força, dominação e agressividade, é necessário investir no conhecimento empírico e específico dos problemas para que se compreenda o que as pessoas representam por violência, sendo possível intervir e criar estratégias para o enfrentamento (MINAYO, 2006). Sendo assim, a Teoria das Representações Sociais possibilita trabalhar a compreensão do conhecimento do senso comum, ou seja, aquele aprendido em casa, na rua, na escola, na mídia, permitindo a ressignificação das representações e, traz como resultado a compreensão do raciocínio empregado na construção de cada uma das representações (MOSCOVICI, 1981).

Assim sendo, a representação que mulheres e homens usuários (as) da ESF possuem sobre a violência, permitirá compreendê-la, em especial as principais formas de sua ocorrência de acordo com a realidade local da população usuária da ESF. Dessa forma, se tornará possível refletir acerca de estratégias para o enfrentamento da violência, conforme as necessidades dessas pessoas. Diante do exposto, indaga-se: Qual a representação social de mulheres e homens, usuários (as) da ESF, sobre a violência?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a representação social de mulheres e homens, usuários (as) da ESF, sobre a violência

2.2 Objetivos Específicos

Comparar a estrutura e conteúdo da representação social de mulheres e homens, usuários (as) da ESF, sobre a violência.

Descrever os conteúdos da representação social de mulheres e homens, usuários (as) da ESF, sobre a violência.

3 REVISÃO INTEGRATIVA

O presente capítulo abordará uma revisão integrativa sobre o tema de violência, atenção primária e enfermagem. A revisão integrativa tem o potencial de apresentar, de forma abrangente, a compreensão dos problemas relevantes para o cuidado da saúde e para melhoria das políticas públicas (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Adotou-se esse método de revisão, pois ela é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar os resultados dos estudos independentes, contribuindo assim para uma repercussão benéfica que pode qualificar os cuidados prestados aos usuários (as) do SUS. Para que isso seja possível é necessário que se percorram seis fases do processo: 1) elaboração da pergunta norteadora, além da definição da estratégia de busca, dos descritores e das bases de dados a serem utilizadas; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta de dados com a leitura do título, descritores e resumo das publicações e consequente organização dos estudos selecionados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados; 6) apresentação da revisão integrativa de forma clara e completa (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Desse modo, com o propósito de identificar o conhecimento científico produzido na área da Enfermagem acerca da violência, utilizou-se a base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) através do portal de serviços desenvolvido pela *National Library of Medicine and National Center of Biotechnology Information* (PubMed) e, com as seguintes associações dos descritores, extraídos do operador de busca *Medical Subject Headings* (MeSH) “*Nurse AND Violence*” e “*Nurse OR Professional AND Violence*”

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: artigos científicos originais, gratuitos, completos e disponíveis online, publicados no período de 2015 a 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram: aqueles que possuíam apenas o resumo disponível, assim como materiais provenientes de dissertações, teses, notícias, editoriais e pesquisas de revisão.

Ao realizar as buscas na base de dados com os descritores citados, somaram-se 313 manuscritos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, bem como leitura rigorosa dos títulos e resumos, obtiveram-se 35 artigos de interesse, conforme ilustra o quadro abaixo (quadro 1).

Quadro 1. Resultado da busca realizada na MEDLINE via PubMed segundo a associação dos descritores. Rio Grande-RS, 2019.

Portal de Serviço	Descritores	Quantidade de artigos	Quantidade de artigos de interesse
MEDLINE/PubMed	<i>Nurse AND Violence</i>	142	20
MEDLINE/PubMed	<i>Nurse OR Professional AND Violence</i>	171	15
TOTAL		313	35

Fonte: próprio autor

No quadro 2, encontram-se os artigos selecionados, em ordem numérica.

Quadro 2. Relação de manuscritos segundo código, ano, título, periódico e qualis. Rio Grande-RS, 2019.

Nº	Ano	Título	Periódico	Qualis
1	2019	Prevalência de violência na escola e uso de álcool e outras drogas entre adolescentes	Revista Latino Americana de Enfermagem	A2
2	2017	Violence against women, Espírito Santo, Brazil	Revista de Saúde Pública	A2
3	2018	Domains of common mental disorders in women reporting intimate partner violence	Revista Latino Americana de Enfermagem	A2
4	2017	Organization of professional practices against intrafamily violence against children and adolescents in the institutional contexto	Revista Latino Americana de Enfermagem	A2
5	2018	Critical path of women in situations of intimate partner violence	Revista Latino Americana de Enfermagem	A2
6	2018	Implicações das violências contra as mulheres sobre a não realização do exame citopatológico	Revista de Saúde Pública	A2
7	2018	Perspectivas de gênero e geração nas narrativas de mulheres vítimas de abuso sexual na infância	Revista Latino Americana de Enfermagem	A2
8	2017	Association between domestic violence and women's quality of life	Revista Latino Americana de Enfermagem	A2
9	2017	Verbal abuse and mobbing in pre-hospital care services in Chile	Revista Latino Americana de Enfermagem	A2
10	2017	Elder abuse within the family environment in the Azores Islands	Revista Latino Americana de Enfermagem	A2
11	2015	Necessidades de saúde: a interface entre o discurso dos profissionais de saúde e mulheres vitimizadas	Revista Latino Americana de Enfermagem	A2
12	2015	Mulheres experimentando a intergeracionalidade da violência conjugal	Revista Latino Americana de Enfermagem	A2
13	2015	Violência por parceiro íntimo e transtornos de ansiedade na gravidez: a importância do treinamento profissional da equipe de enfermagem para enfrentá-los	Revista Latino Americana de Enfermagem	A2
14	2015	Apoio a mulheres que denunciam experiências de violência com base em sua rede social	Revista Latino Americana de Enfermagem	A2
15	2016	Repercussões do encarceramento por violência conjugal: discursos de homens	Revista Latino Americana de Enfermagem	A2
16	2015	Violência doméstica contra a mulher: representações dos profissionais de saúde	Revista Latino Americana de Enfermagem	A2
17	2016	Violência familiar contra crianças e adolescentes em contexto: como os territórios de atendimento estão imbricados na figura	Revista Latino Americana de Enfermagem	A2
18	2015	Círculos de cultura no empoderamento dos adolescentes para a prevenção da violência	International Journal of Adolescence and Youth	B2
19	2015	Percepção de estudantes de enfermagem sobre a violência dos casais: conhecimentos, crenças e papel profissional	Revista Latino Americana de Enfermagem	A2
20	2016	Violência sexual como fator limitante na percepção e gestão do risco de HIV em mulheres casadas com migrantes	Revista Latino Americana de Enfermagem	A2

21	2018	Dentists' intention to report suspected violence: a cross-sectional study in eight Arab countries	BMJ open	A2
22	2018	Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia	Revista gaúcha de enfermagem	B1
23	2018	Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção	Revista gaúcha de enfermagem	B1
24	2018	The relationship between healthcare providers' performance regarding women experiencing domestic violence and their demographic characteristics and attitude towards their management	Journal of injury & violence research	
25	2017	Intimate Partner Violence Among Men With Disabilities: The Role of Health Care Providers	American journal of men's health	B1
26	2017	Estratégias utilizadas pela enfermagem em situações de violência no trabalho em hemodiálise	Revista gaúcha de enfermagem	B1
27	2017	Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation	Journal of clinical nursing	A1
28	2017	Professionals' perception of intimate partner violence in young people: a qualitative study in northern Spain	Reproductive Health	B2
29	2017	Making the links between domestic violence and child safeguarding: an evidence-based pilot training for general practice	Health & social care in the community	A2
30	2017	Reclaiming Our Spirits: Development and Pilot Testing of a Health Promotion Intervention for Indigenous Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence	Research in nursing & health	A1
31	2016	Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica	Revista Gaúcha de Enfermagem	B1
32	2016	Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde	Ciência e Saúde Coletiva	B1
33	2015	Preferences for intervention among Peruvian women in intimate partner violence relationships	Hispanic health care international : the official journal of the National Association of Hispanic Nurses	
34	2015	Notification of juvenile violence in Emergency Services of the Brazilian Unified Health System in Feira de Santana, Bahia, Brazil	Revista brasileira de epidemiologia	B1
35	2017	Organization of professional practices against intrafamily violence against children and adolescents in the institutional context	Revista latino-americana de enfermagem	A2

Fonte: Próprio autor

Os artigos selecionados serão discutidos a luz da literatura com base em autores que pesquisam o tema.

Percebe-se¹ que a maioria dos manuscritos foram publicados no ano de 2017 (2, 4, 8, 9, 10, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 35), seguido do ano de 2015 (11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 33, 34). A maioria das pesquisas foram realizadas no Brasil (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 23, 26, 31, 32, 34, 35) em diferentes Estados como Rio de Janeiro, Ceará, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Bahia, São Paulo, Espírito Santo e Paraíba. Quatorze artigos (9, 10, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 33) são internacionais e realizados no Chile, Portugal, Espanha, México, Inglaterra, Estados Unidos, Irã, Canadá, Peru e Sul da Ásia.

Referente aos grupos pesquisados e que mais sofrem violência, foi identificado em primeiro lugar as mulheres (2, 3, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 22, 30, 32, 33), sendo que um (15) deles abordava as repercussões do homem que praticou violência contra a parceira. Outro grupo

¹ Para a apresentação dos artigos será utilizada a ordem numérica conforme o quadro em subscrito

frequente foi o de adolescentes/crianças^(1, 4, 7, 17, 18, 29, 31, 34, 35). Também surgiu a violência contra o idoso^(10, 23) e a violência contra os profissionais da saúde, além do conhecimento, conduta, e estratégias desses profissionais^(9, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34).

Muitos dos estudos deram voz as pessoas que sofreram violência, porém não se pode determinar que essa seja a realidade vivida pelos usuários (as) do SUS, pois ainda existem poucos estudos que abordam essa temática. Assim, destaca-se a importância de aumentar a produção tanto da temática violência, quanto do papel da enfermagem frente às situações de violência.

A partir da leitura e aprofundamento dos artigos selecionados para essa revisão, surgiram quatro categorias para apreciação detalhada dos resultados. Sabe-se que o número de violência tem aumentado muito, tornando-se um problema de saúde pública nacional e internacionalmente. Essa violência atinge toda a sociedade, prejudicando principalmente crianças/adolescentes, mulheres, homens, idosos e trabalhadores.

Os estudos encontrados abordaram todos esses grupos, alguns deles como a violência contra as mulheres e crianças/adolescentes serão comentados nas categorias a seguir por terem surgido com maior ênfase nos estudos selecionados. Já a violência contra o idoso e a violência contra os profissionais da saúde apareceram em poucos estudos dessa revisão, porém serão explanados em uma mesma categoria.

3.1 Violência contra idosos e profissionais da saúde

Um estudo⁽¹⁰⁾ realizado em Portugal, entrevistou 212 idosos que pertenciam a área de cobertura dos centros de saúde das Ilhas dos Açores e buscou dimensionar os maus-tratos contra eles no ambiente domiciliar. Foi utilizado um instrumento que mede a suspeita de maus-tratos que revelou que em 24% dos casos, a violência mais frequente entre esses idosos foi o abuso psicológico, seguido de negligência, abuso econômico e abuso físico.

Na maioria dos casos⁽¹⁰⁾, os idosos identificaram como agressores os filhos, cônjuge, nora, genro, sobrinhos e vizinhos. Os profissionais de saúde precisam ficar em alerta com os idosos que carecem de cuidados para suas atividades básicas de vida, pois eles têm grande potencial de se tornarem vítimas de maus-tratos pela própria família.

A partir disso se percebe que a cultura da violência está arraigada na sociedade e a falta de estrutura familiar e a falta de preparo dos familiares para cuidar do idoso pode levar a uma sobrecarga e estresse, levando a violência. Lino, Rodrigues, Lima *et al.* (2019) avaliaram que o grau de dificuldade para realizar o autocuidado e a presença de depressão em idosos

dependentes, assim como o nível de estresse nos cuidadores desses indivíduos pode desencadear fatores de risco para violência. É necessário ofertar suporte as famílias, identificando e tratando esses problemas para a redução e prevenção da violência intrafamiliar.

Outra questão que foi levantada nesse estudo ⁽¹⁰⁾ foi de que as mulheres idosas possuem mais probabilidade de sofrerem maus-tratos do que os idosos homens. Sabe-se que a violência contra as mulheres é histórica e sua origem evidencia um sistema de dominação-subordinação que determina os papéis de cada sexo em sociedade, a partir de subjetividades, representações, comportamentos que devem ser obedecidos e que se alicerçaram, por muito tempo. Por consequência, esse pensamento é exteriorizado com atos violentos desde a subjugação física e sexual até a efetivação da morte (OLIVEIRA; COSTA; SOUZA, 2015), que pode ser causada por um agressor ou pela própria vítima.

Um estudo⁽⁹⁾ realizado no Chile com profissionais da saúde do atendimento pré-hospitalar mostrou que esses trabalhadores passam por situações de violência, principalmente violência verbal e assédio moral. A violência verbal geralmente é praticada pelos pacientes, familiares e público em geral, enquanto que o assédio moral é causado pelos próprios colegas de trabalho.

Outra pesquisa⁽²⁶⁾ foi realizada em um serviço privado de hemodiálise, em que os profissionais relataram violência perpetrada pelos pacientes. Nesse estudo, foram destacadas as estratégias para adotar um posicionamento de rejeição à violência, como tolerar a violência devido a condição de saúde do paciente, ceder as vontades do agressor ou afastar-se do agressor.

Uma pesquisa mostra que esse tipo de violência tem aumentado consideravelmente, visto que uma pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), divulgada em 2015, revela que 66,7% dos profissionais da saúde sofreram algum tipo de agressão no local de trabalho, enquanto que em 2006 o percentual era de 54,6% (NEVES, 2019).

Assim, mostra-se a importância de estratégias que guiem a operacionalização de políticas e diretrizes que estabeleça critérios para a promoção do respeito, da prevenção e do enfrentamento da violência e assédio moral no trabalho e nas relações com o público (BRASIL, 2015).

3.2 Violência contra as mulheres

Nos últimos anos a violência contra a mulher tem sido abordada de maneira mais constante, com vários estudos e pesquisas que ainda estão cobertos de tabus. A violência contra a mulher carrega um estigma, como se toda mulher precisasse um dia, ser espancada ou

estuprada. O tema, muitas vezes é tratado como um problema distante, que só acontece nas regiões mais precárias, da periferia. Porém, esse fenômeno pode estar presente em qualquer classe social (TELES; MELO, 2017).

A maior parte dos estudos encontrados nessa revisão ^(2, 3, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 22, 30, 32, 33) foram com abordagem na violência contra as mulheres e em todos eles, o principal agressor foi o parceiro íntimo. A violência física é recorrente nos estudos analisados, porém as mulheres só buscam algum centro de referência em situações extremas, referindo que a denúncia não resolve nada e que ainda, o sistema judiciário obriga uma reconciliação, deixando-as mais vulneráveis à recorrência da violência.

Um outro estudo também traz o companheiro como principal agressor e demonstra, sob a ótica das mulheres, o comportamento agressivo dos maridos/companheiros, na qual refletem a masculinidade dominante e a cultura familiar em que os homens foram criados, atribuindo ao homem o poder e domínio na relação conjugal (NÓBREGA, *et al.*, 2019).

Alguns estudos^(5, 11, 14, 19) trouxeram a queixa das mulheres de que não são bem acolhidas nas unidades de saúde, sendo tratadas com frieza e com um olhar biomédico e curativo, atentando apenas para as lesões físicas. Ainda, os estudos trazem a própria visão dos profissionais de saúde que se veem incapacitados para lidar com situações de violência. Nesse sentido, um estudo específico⁽¹⁹⁾ apresenta a falta de preparo na graduação de enfermagem, sendo que os estudantes não souberam falar sobre o fenômeno de violência contra a mulher por parceiro íntimo, desconhecendo protocolos, prevenção, detecção e intervenção por parte dos profissionais, refletindo na prática dos futuros profissionais da saúde.

Essa “frieza” pode ocorrer devido à grande demanda nos setores de saúde, em especial na esfera pública, juntamente com as limitações de recursos físicos e materiais, porém é imprescindível que a equipe de saúde se preocupe mais com a qualidade dos atendimentos, fazendo com que a escuta nos acolhimentos seja eficiente. O papel da equipe de saúde deve ser amplamente discutido para que se tenha uma maior reflexão acerca da importância profissional no fenômeno da violência (FEITOSA, *et al.*, 2017).

Nesse sentido, Souza, Santana, Martins (2018) entrevistaram profissionais que atuavam em Delegacias Especializadas em Atendimento à Mulher e buscavam alternativas para favorecer o atendimento das mulheres que sofriam violência. Afirmaram que o acolhimento precisa ser realizado com cuidado, para não ocasionar danos adicionais. Destacaram também a comunicação entre a rede intersetorial para evitar a revitimização da mulher nesse contexto.

Um estudo⁽¹⁶⁾ trouxe as representações sociais dos profissionais da saúde em relação a violência doméstica contra a mulher, evidenciando que esses profissionais têm uma visão

negativa e estruturada do tema. A partir dos resultados da referida pesquisa foi realizada uma intervenção por parte dos pesquisadores para capacitar os profissionais quanto a notificação compulsória, código de ética, Lei Maria da Penha, e estratégias para prevenção, detecção precoce e combate da violência contra a mulher. Essas ações devem ser constantemente desenvolvidas para o aprimoramento do tema, tanto por parte dos profissionais quanto estudantes.

Os estudos^(2, 3, 13) apresentaram as repercussões da violência nas mulheres e que muitas vezes não são percebidas por elas e nem mesmo pelos profissionais da saúde. A violência psicológica é difícil de ser tratada por não apresentar sequelas visíveis. Tanto a violência física, quanto a psicológica e sexual, trazem sérias consequências psicológicas para as mulheres, como sintomas depressivos, decréscimo da energia vital, ansiedade e aumento da probabilidade de estresse pós-traumático.

A violência psicológica, moral e social, não deixam marcas nos corpos das mulheres, tornando-se imperceptível tanto para os profissionais da saúde quanto para a própria mulher. Essa violência atinge a dimensão do comportamento dessas mulheres que muitas vezes são privadas de tomarem certas atitudes, saírem com as amigas desejadas, ou seja, deixam de viver livremente (GRACINDO; SOARES, 2015).

A violência é cultural e a maioria das mulheres que vivenciaram a violência entre os pais – sendo o pai o agressor e a mãe, a pessoa que sofria violência – acabaram sofrendo violência nos seus relacionamentos conjugais também, como mostraram os estudos^(2, 12, 20). A rede de apoio para essas mulheres geralmente são os filhos, os pais, amigas e irmãs^(5, 11, 12, 14), sendo que algumas dessas fontes de apoio não dão muita importância, considerando apenas “briguinhas de casal”. Depois da própria mulher, os mais afetados são os filhos, que por não conseguirem compreender a sujeição da mãe pelo pai e as cenas de violência, acabam se revoltando e por causa disso, muitas vezes sofrem a violência também.

A violência acaba afetando a saúde da mulher, a qual se submete as vontades do parceiro, por medo das brigas. Um estudo⁽⁶⁾ mostrou que as mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo são as que mais atrasam o exame citopatológico e as mulheres casadas se sentem protegidas por manterem relação sexual com apenas um companheiro.

Outro estudo⁽²⁰⁾ mostrou que as mulheres casadas não reconhecem a violência sexual dentro do relacionamento, por considerarem uma obrigação decorrente do contrato conjugal. Sabe-se que o empoderamento feminino gerou uma necessidade de reestruturação no papel masculino, buscando outros meios para o seu fortalecimento. Nesse sentido, há um estudo que demonstra que os homens se sentem ameaçados quanto a independência da mulher, assim, o

uso de poder pelas mulheres pode representar um desafio nas relações, principalmente no casamento (TRENTIN; STEFFENS, 2017).

Essa consequência parece estar presente no estudo⁽⁹⁾, em que as mulheres relataram usar preservativo apenas quando os homens pedem, mesmo que por motivos incoerentes, percebendo-se a falta de conhecimento das mesmas sobre a utilidade e finalidade dos métodos de proteção. Ainda, essas mulheres se veem numa espécie de “imunidade subjetiva” contra as infecções sexualmente transmissíveis, construindo e reproduzindo um estigma de que os indivíduos infectados são aqueles com práticas sexuais múltiplas, ou seja, “suja”, satanizando a doença como se fosse um “mal desejado”, não percebendo o risco que correm. Aliás, reconhecer esse risco é um desafio cultural e moral, e entre as variáveis “imunizadoras” está ao fato de atribuírem integridade moral aos parceiros, que os impede de se envolverem em relações extraconjugais.

3.3 Violência contra crianças e/ou adolescentes

Embora não se tenha focado em nenhum grupo acerca da violência, as crianças e adolescentes apareceram várias vezes como afetados pela violência e até mesmo causadores de violência, no caso dos adolescentes⁽¹⁾. Mais da metade dos adolescentes entrevistados já se sentiu vítima de agressão por parte dos colegas ou outras pessoas da escola e a agressão mais frequente foi a verbal, sendo que a maioria foi agredido uma vez, por uma pessoa.

A maioria dos estudos focou sobre a violência que ocorre nas escolas, porém um estudo revelou que 63% das crianças ou adolescentes sofreram alguma forma de violência e, os principais agressores foram os pais (50,9%). O mesmo traz que a violência psicológica é a mais frequente, seguida por negligência e abandono, violência sexual e física (HILDEBRAND, *et al.* 2019).

Os profissionais da saúde relataram ser muito difícil combater a violência intrafamiliar, pois adentrar esse ambiente é tido como invasão, como mostra o estudo⁽¹⁷⁾. Como observado no estudo analisado, os agentes comunitários de saúde merecem atenção especial nesse trabalho, pois são o elo entre a equipe e a população, são nas visitas domiciliares que se encontra, mais facilmente, situações de violência do que numa consulta na unidade de saúde.

Acerca das situações de violência nas escolas, o *bullying* geralmente é o tipo de violência que mais se destaca. Em razão disso, é importante que a escola aborde o tema, identificando os casos e proporcionando condições para a erradicação dessa prática, como encontrar caminhos para o diálogo, investigando os motivos que levaram as atitudes agressivas, buscando a mudança no comportamento dos estudantes (LEMOS *et al.*, 2018).

Sobre as práticas que as escolas podem realizar para o enfrentamento a violência, um estudo⁽¹⁸⁾ elaborou a implementação de círculos de cultura como ferramenta para prevenção. Os adolescentes relataram que vivenciavam muitas situações de violência e que essa conscientização deve começar no lar, não excluindo também a responsabilidade que as escolas e associações da comunidade têm de auxiliar, visto que muitas vezes a violência está sendo conservada no lar a ponto de se tornar rotineiro e natural.

Nas escolas, geralmente, as testemunhas da situação de violência pouco se envolvem ou apoiam o adolescente, apenas aconselham o afastamento do agressor⁽¹⁾. A violência é um problema social e de saúde, sendo que a responsabilidade não está sendo assumida por ninguém⁽⁴⁾.

Nesse sentido, em busca de alguma estratégia eficaz para a conscientização dos adolescentes e prevenção da violência, o estudo⁽¹⁸⁾ retratou a visão do próprio grupo que sugeriu um investimento nas habilidades e talentos pessoais pelos seus educadores. Os adolescentes afirmaram que essa atitude promoveria o interesse deles em participar de atividades, fortalecendo o conhecimento e união entre eles e, ainda, possibilitando oportunidades de emprego e a chance de conseguir uma carreira de sucesso, o que poderia mudar o foco dos adolescentes para algo construtivo, deixando de lado os desejos de agressão.

3.4 Conduta profissional frente às situações de violência

Acerca da temática das condutas realizadas pelos profissionais de saúde frente às situações de violência, um estudo mostra que são necessários treinamentos para melhorar o relato de suspeita de violência, desenvolvendo as habilidades dos profissionais para identificar sinais de diagnóstico, promovendo atitudes favoráveis e aumentando a conscientização sobre as regras e regulamentos já existentes. É necessário desenvolver recursos compartilhados de treinamento, políticas e diretrizes claras que permitam práticas profissionais consistentes e, ao mesmo tempo, reconheçam a diversidade cultural entre os países⁽²¹⁾.

Além disso, a maioria dos profissionais entrevistados, sentiam desconforto ao serem questionados sobre violência doméstica contra a mulher, porém a maioria deles sabia como abordar uma mulher sobre a violência vivida, questionando-a sobre a violência de maneira direta⁽²²⁾.

Os profissionais de saúde não se sentem preparados para atender demandas de violência nos serviços de saúde, seja pela complexidade do atendimento e também por não saberem identificar^(23, 31). É necessário que haja treinamento entre os profissionais de saúde para o

atendimento em casos de violência e aprimorar as atitudes positivas em relação ao desempenho do seu atendimento⁽²⁴⁾.

Uma pesquisa realizada com estudantes de enfermagem, medicina, odontologia e fisioterapia, identificou o relato de conhecimento incipiente acerca da temática da violência e dificuldade na identificação ou conduta frente a violência, apontando como principal causa o despreparo para lidar com estas situações (SIMÕES *et al.*, 2019). Esse fato demonstra que a falta de habilidade para lidar com situações de violência vem desde a graduação, pois a temática não é abordada. É de extrema importância que as discussões sobre violência permeiem todas as disciplinas dos cursos de graduação da área da saúde, para que os futuros profissionais tenham embasamento teórico-científico para atuarem com competência frente a esses casos.

Um outro estudo abordou o fato de que os enfermeiros, muitas vezes, só ficam sabendo dos casos de violência contra os idosos através de outras pessoas, vizinhos e/ou familiares. É muito raro abordar esse tema nas consultas, pois ainda é um tabu⁽²³⁾. Esse é um fato que permeia outros estudos, apresentando que muitas vezes os profissionais não abordam a temática nos atendimentos por achar uma conversa muito difícil, ou por falta de tempo ou até pela suposição de que algum outro serviço já está em contato e resolvendo o caso⁽³⁰⁾.

Os profissionais precisam estar capacitados para a detecção precoce da violência. Muitas vezes, casos de violência não são notificados pelo simples fato de os prestadores de serviço nunca terem recebido um treinamento adequado sobre o assunto⁽²⁵⁾.

Nesse sentido, ressalta-se a importância da educação permanente, que é urgente e imprescindível para capacitar os profissionais da saúde para o enfrentamento da violência. Deve-se oportunizar o conhecimento das políticas públicas de proteção às pessoas que sofrem violência e, também fornecer segurança para os profissionais que realizam as denúncias⁽³¹⁾.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, o documento Linha de Cuidado para Atenção Integral a Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situações de Violência e o Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa, são documentos nacionais e em todos eles se destaca a importância de capacitar e treinar os profissionais para que saibam lidar com as situações de violência, tanto para a prevenção, detecção precoce e condutas (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

Verifica-se a carência de capacitações nos serviços de saúde, falta de comunicação entre as equipes multidisciplinares, inexistência de protocolos para o atendimento de pessoas em situação de violência e, assim se dá a dificuldade na efetivação das diretrizes delineadas nas políticas que visam o enfrentamento à violência (SOUZA; SOUZA, 2019).

Acerca do tempo de atuação, um estudo revelou que os profissionais com menor tempo de assistência apresentaram resultados mais positivos em relação à atuação em situações de violência⁽²²⁾. Assim, enfatiza-se novamente a importância de capacitações, principalmente para aqueles profissionais que já estão trabalhando há muito tempo no mesmo local, pois profissionais com menor tempo de serviço apresentam maior conhecimento das condutas frente aos usuários, e, também, se sentem mais à vontade ao questioná-los sobre a violência. Metade dos profissionais com mais de 10 anos de assistência acreditavam que não se deve aconselhar a mulher a deixar o parceiro e notificar o fato, sendo esta proporção ainda maior naqueles que receberam capacitação⁽²²⁾.

Em contrapartida, outro estudo revelou uma diferença sobre o tempo de atuação profissional, mostrando que os profissionais com mais de 40 anos, que tinham mais tempo de serviço, possuíam melhor desempenho profissional em relação aos casos de violência⁽²⁴⁾.

Apesar dos profissionais da saúde terem um déficit no desenvolvimento das ações que visem o enfrentamento da violência e efetivação das políticas públicas, destaca-se o desinteresse quanto as condutas tomadas rotineiramente, uma vez que todos os profissionais deveriam ter uma visão crítica-reflexiva, mesmo sem o treinamento específico para constatação de casos de violência. É responsabilidade da equipe de saúde a promoção do cuidado integral e uma escuta qualificada que aproxima o usuário, fortalecendo o vínculo e a confiança⁽²³⁾.

Outro estudo também traz essa abordagem de que os profissionais precisam estabelecer vínculo e confiança com seus pacientes para que se tenha um atendimento mais eficiente acerca da violência⁽²⁷⁾. Nesse estudo, os próprios usuários destacaram a importância de os enfermeiros orientarem para terem relacionamentos saudáveis. Ainda, quando se tem um bom vínculo com os profissionais, os usuários conseguem expor as situações de violência que viveram durante a infância, explorando estratégias para que o ciclo não se repita⁽²⁷⁾. Assim é necessário que os profissionais estejam preparados para que não ocorra a minimização do problema, buscando não apenas cuidar das lesões (LIMA *et al.*, 2018), mas conversar com os usuários, diretamente, para que se encontre as causas do acontecimento e, assim se consiga traçar estratégias para a prevenção.

Existe uma dificuldade na capacidade de tomada de decisões, principalmente para os profissionais enfermeiros que num estudo, referiram não conseguir exercer sua conduta frente as situações de violência devido as relações de poder que existem com o profissional médico. Muitas vezes seu atendimento é interrompido por causa de uma decisão médica⁽³⁵⁾. Além disso, a comunicação intersetorial também é muito difícil, prevalecendo a decisão de algumas

entidades, mesmo que haja divergência nas avaliações e opiniões sobre a conduta a ser tomada⁽³⁵⁾.

Sabe-se que a notificação de violência interpessoal/autoprovoçada é obrigação de todos os profissionais da saúde (BRASIL, 2014c), porém ainda existem profissionais que desconhecem a obrigatoriedade de notificar os casos de violência. Contudo, ainda que tenham o conhecimento disto, muitas vezes os casos de violência não são identificados pelos profissionais, contribuindo para a invisibilidade desta, nos serviços de saúde⁽²²⁾.

Além disso, os profissionais ainda têm muito receio para notificar os casos de violência pelo medo do envolvimento judicial⁽³⁴⁾. Um estudo também evidenciou o medo revelado pelos profissionais da saúde no enfrentamento da violência doméstica. Não raro, elas são intimidadas pelos agressores e pelas ameaças da própria família das vítimas⁽³¹⁾. Em outro estudo, enfermeiras relataram que não realizam o processo de denúncia por motivos de segurança pessoal ou comodidade⁽³¹⁾.

Ainda há uma carência dos mecanismos protetores aos profissionais que realizam as notificações causando, muitas vezes, o medo em realizar tal ação. Porém, como se sabe, a notificação pode ser realizada sem permissão da vítima e não é necessário identificar o agressor. A notificação tem enorme importância, visto que possibilita o dimensionamento epidemiológico das situações de violência e, assim propicia a elaboração de políticas públicas que tenham como objetivo a redução e o enfrentamento à violência e suas consequências (LIMA *et al.*, 2018).

Um estudo revelou que apesar da enfermagem atuar fortemente na prevenção e promoção da saúde, os casos de violência contra crianças e adolescentes se limitam à notificação de casos suspeitos ou confirmados e, encaminhamento para o Conselho Tutelar e, após isso tudo o acompanhamento é perdido⁽³¹⁾.

Ainda, os profissionais precisam agir para resolver o caso de violência. Um estudo mostrou que os profissionais de uma unidade básica de saúde da família faziam reuniões com a equipe, chamavam órgãos competentes para resolver a situação e se refletia a tentativa de não realizar a denúncia pessoal, mas institucional. Portanto, há dificuldade nesse ponto, pois a responsabilidade geralmente é transferida para um colega da equipe, enfermeiro ou assistente social⁽²³⁾.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria das Representações Sociais (TRS) surgiu na França na década de 1950, à medida que Serge Moscovici, psicólogo social, pretendia compreender e explicar a realidade social francesa daquela época. Através desse movimento, em 1961 Moscovici publicou a obra “A Psicanálise, sua imagem e seu público”, causando estranheza nos meios intelectuais pela novidade da proposta, pois a teoria permitia tornar algo estranho em familiar, ou seja, propondo integrar fenômenos sociais desconhecidos, que muitas vezes geram medo e/ou ansiedade, aos conhecimentos dos indivíduos e grupos sobre sua realidade e experiências, fazendo com que o objeto da representação se torne familiarizado (MOSCOVICI, 2001; SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

A obra de Moscovici fugia dos princípios da ciência psicológica normal da época, pois era voltada para fenômenos marcados pelo subjetivo, captados indiretamente, cujo estudo se baseava em metodologias inabituais e dependia da interpretação do pesquisador. O impacto não durou muito tempo, visto que a teoria permaneceu confinada no Laboratório de Psicologia Social da *École de Hautes Études en Sciences Sociales*, em Paris. Colegas interessados, como Claude Flament e Jean Claude Abric também ficaram com essa teoria guardada em seus laboratórios. Notadamente, a teoria que teve grande repercussão, não prospera de imediato e sua reaparição só aconteceu no início de 1980 (ARRUDA, 2002).

Moscovici se inspirou no conceito das representações coletivas de Durkheim, que interpreta o termo “coletivas” como algo estático e tradicional, julgando mais adequado, num contexto moderno, estudar representações sociais do que estudar representações coletivas. As representações, no contexto da sociedade moderna, são caracterizadas pela sua diversidade e rapidez em mudanças econômicas, políticas e culturais, assim podemos dizer que há poucas representações que são verdadeiramente coletivas. É possível dizer que, ao se trabalhar com a representação social (RS), a análise é centrada nos fenômenos produzidos pelas construções particulares da realidade individual (FARR, 2013).

A TRS instrumentalizava um conceito para trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica, sendo assim, os fenômenos da RS são construídos sob universos consensuais de pensamento e os objetos de pesquisa que derivam deles são uma elaboração do universo reificado da ciência (SÁ, 1998). Nesse sentido, a TRS se baseia em duas formas de conhecimento, o conhecimento consensual e o conhecimento reificado. O primeiro é associado ao conhecimento universal e não especializado que é geradora de opiniões, crenças e atitudes que moldam os comportamentos da sociedade. Já o segundo se refere ao especializado, científico e que não admite contradições (MOSCOVICI, 1978).

Essa diferença, no caso, não significa hierarquia nem isolamento entre elas, apenas propósitos variados e, apesar disso, são eficazes e indispensáveis para a vida humana. As representações sociais são produzidas mais frequentemente no âmbito consensual (ARRUDA, 2002).

Sabe-se que a TRS só ganhou força na década de 80, quando Moscovici esclareceu que as RS são elementos quase tangíveis, pois estão presentes continuamente através da fala, do gesto, do encontro no universo cotidiano. As relações sociais, os objetos produzidos e consumidos e as comunicações estão incutidas nas RS (MOSCOVICI, 2012a). O autor difere o mito da RS, referindo que o primeiro é considerado uma forma arcaica de pensar e ser, enquanto que as RS são normas em nossa sociedade, que derivam de necessidades práticas e adaptações do desenvolvimento das ciências à vida cotidiana (MOSCOVICI, 2012b).

Quando se decide realizar um estudo de RS, significa pesquisar algum fenômeno de RS, este será um fenômeno que desperta a atenção em função de sua relevância social ou acadêmica (SÁ, 1998). Os fenômenos de RS são definidos como:

(...)estão “espalhados por aí”, na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais e de massa e nos fugidios, multifacetados, em constante movimento e presente em inúmeras instâncias da interação social. Assim, esses fenômenos não podem simplesmente ser captados pela pesquisa científica de um modo direto e completo (SÁ, 1998, p.21).

Assim se percebe que os fenômenos de RS são complexos e para estudá-los é necessário criar, a partir deles, um objeto de pesquisa. Isto quer dizer que um fenômeno necessita passar por um processo de simplificação para ser usado como objeto de pesquisa. Porém, isso não quer dizer que a teoria apenas simplifica os fenômenos, mas também os organiza e os torna compreensíveis pela teoria, para a finalidade da pesquisa (SÁ, 1998).

Segundo Sá (1998) o processo de simplificação implica em três fases, em primeiro lugar se decide como enunciar exatamente o objeto da representação a ser considerado, a seguir se determina quais serão os sujeitos (grupos, populações, estratos ou conjuntos sociais concretos) cujas as manifestações discursivas serão avaliados quanto ao conteúdo e a estrutura da representação e, por último se decide o quanto de “contexto sociocultural” e de que natureza se leva em consideração para esclarecer a formação e manutenção da representação.

Para estudar um objeto de pesquisa pautado na TRS é fundamental avaliar se ele produz representação social nos indivíduos que se pretende investigar. Essa recomendação parte do

argumento de que um objeto de pesquisa só é capaz de gerar representação social caso tenha “relevância cultural e espessura social” e de que esses fenômenos estão em todos os lugares e momentos no meio cultural, coletivo e individual (SÁ, 1998).

Arruda (2014) traz a ideia de que um objeto de pesquisa só é relevante para o grupo que ele representa quando dispara afetos, ou seja, quando aquilo que será representado provoca o desejo de discussão, de compreensão, de falar a respeito, “afetos são, portanto, ingredientes incontornáveis da dinâmica intrínseca às representações sociais” (ARRUDA, 2014, p.44).

A partir disso, afirma-se que a temática de violência tem extrema relevância social, pois ela faz parte do cotidiano das pessoas usuárias do SUS e a violência existente no Brasil, muito tem a ver com o histórico cultural e socioeconômico. Além disso, é um tema de grande impacto para a população e pouca resolução prática por parte das políticas públicas.

Para aprofundar a temática e utilizar a TRS é necessário entender as três abordagens complementares, a Relacional, a Processual e a Estrutural. A primeira foi desenvolvida por Willem Doise em 1986, articula-se com a sociologia e trata mais especificamente da dimensão das “condições de produção e circulação das representações sociais”, que faz com que o pesquisador atente primeiramente as respostas e depois às perguntas (SÁ, 1998).

A segunda teoria complementar foi descrita por Denise Jodelet em 1984, se fundamenta nos processos de formação da RS considerando que são uma forma de conhecimento elaborada e partilhada socialmente, contribuindo assim para a transformação da realidade comum a um conjunto social. Nesta, encontram-se como processos formadores de uma representação, a ancoragem e a objetivação (SÁ, 1998).

A ancoragem significa transformar o estranho em familiar, associando o novo a algo já existente na memória que faz com que uma pessoa atribua um sentido e aceite o desconhecido. Esse processo associa a representação ao seu objeto em uma rede que permite dar valor social e coerência (JODELET, 2001).

O diferente causa estranheza e conseqüentemente um distanciamento, pois não se é capaz de descrever a outras pessoas. Assim, o estranho passa por uma categorização em que a pessoa nomeia de acordo com referências conhecidas e por fim acaba compreendendo a realidade (MOSCOVICI, 2005).

Já na objetivação, o processo consiste em transformar o abstrato em concreto, como reproduzir um conceito em uma imagem (MOSCOVICI, 2005). Para que isso ocorra são necessários dois processos, a naturalização e a classificação. A primeira faz com que o imaginário se reproduza em algo físico e cheio de significado. Já na segunda etapa, temos a

realidade de fato que permite a separação dos seus atributos e a categorização de acordo com o que foi socialmente instituído (JODELET, 2001).

A última teoria complementar, a Estrutural, elaborada por Jean-Claude Abric em 1989, originou a Teoria do Núcleo Central. As opiniões, ações e crenças sobre algo social, organizam-se por um núcleo estruturante, que assume duas funções: a função geradora, que cria o significado de outros elementos que constituem a representação, dando a eles um sentido e a função organizadora que é o núcleo central, que unifica e estabiliza a representação (ABRIC, 1998)

Esse núcleo é o elemento mais estável e resistente a mudanças, todas as modificações nesse núcleo provocam uma transformação completa na representação. Não se pode esquecer que a centralidade de um elemento não pode ser atribuída apenas aos critérios quantitativos, ao invés disso o núcleo central é uma dimensão qualitativa, ou seja, não é a presença constante de um elemento, mas sim o fato que ele dá significado a representação (ABRIC, 1998).

Como nesse núcleo estão os elementos unificadores e estabilizadores da representação, ele deve conter dois tipos de elementos: os normativos e os funcionais. Os elementos normativos se originam dos valores dos indivíduos, estão ligados à história e ideologia do grupo, enquanto que os elementos funcionais são associados às características descritivas e à inscrição do objeto nas práticas sociais (ABRIC, 1998).

Complementando o núcleo central, existem os elementos periféricos que constituem o essencial do conteúdo da representação, sendo mais acessíveis, Eles possuem três funções: a função de concretização que é diretamente dependente do contexto e que permite a formulação da representação em termos efetivos, que podem ser compreendidos e transmitidos; a função de regulação que é mais leve que o elemento central e têm o papel de adaptar a representação conforme as evoluções do contexto e a função de defesa que tem como papel conseguir transformar os elementos sem que provoque uma alteração completa na representação. No sistema periférico é tolerável aparecer contradições (ABRIC, 1998). Assim, entende-se que o núcleo central tem características de estabilidade e rigidez, já os elementos periféricos são mais acessíveis, mutáveis e flexíveis.

5 CAMINHO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudo

Este estudo faz parte de um macroprojeto intitulado “Representação Social de Pessoas Usuárias da Estratégia Saúde da Família”, sob coordenação da Prof^a. Dr^a. Camila Daiane Silva.

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, fundamentando na Teoria das Representações Sociais. A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. O estudo exploratório tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias (GIL, 2008).

A pesquisa qualitativa possibilita conhecer pensamentos individuais podendo contribuir para a concretização das ações. O conjunto de fenômenos faz parte da realidade social, pois o ser humano, como ser racional, além de fazer, pensa sobre o fazer e interpreta seus atos a partir do que vive, juntamente com seus semelhantes. Permite conhecer e aprofundar as crenças, atitudes, comportamentos, opiniões sobre certo objeto, por isso mostra-se relevante para o tema em pauta (MINAYO, 2002).

5.2 Local de estudo

A população do município de Rio Grande/RS foi estimada em 210 mil habitantes no ano de 2018. A população jovem, entre 15 e 24 anos, é composta por 16.172 jovens homens e 16.153 jovens mulheres. A população adulta, que consiste em pessoas de 25 a 59 anos, é definida por 45.984 homens e 49.377 mulheres, já a população idosa, com idade maior ou igual a 60 anos é composta por 11.366 homens e 13.531 mulheres (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, o município conta com 25 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), sendo 13 em área urbana, oito em área rural e quatro litorâneas. As equipes de saúde dessas unidades contam com um enfermeiro, um médico e um técnico de enfermagem, totalizando 39 equipes de saúde cadastradas (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE, 2018).

5.3 Participantes do estudo

Na primeira etapa, das evocações livres², foram convidadas 150 pessoas usuárias das ESF. Para cada unidade, participaram seis pessoas, mantendo a igualdade entre os sexos, sendo três homens e três mulheres, conforme a demanda espontânea.

Já na segunda etapa, referente as entrevistas, foram convidadas, por demanda espontânea, 32 pessoas das 150 que fizeram parte da primeira etapa, sendo quatro pessoas em cada uma das oito unidades selecionadas, mantendo-se a igualdade entre os sexos, sendo duas mulheres e dois homens. Nesse sentido, foram escolhidas, por conveniência, quatro unidades urbanas, duas rurais e duas litorâneas. O número maior de unidades urbanas justifica-se por representar um quantitativo superior de ESF no município. A quantidade de entrevistas é fundamentada entre os teóricos de RS que afirmam que 30 é o mínimo para se recuperar as representações de um grupo (SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014).

Foi previsto que se alguém não pudesse responder no momento do aceite, seria possível agendar um horário posterior, conforme sua disponibilidade.

5.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos usuários (as) das UBSF com idade igual ou superior a 18 anos que não possuíssem limitações cognitivas de fala, compreensão e audição.

5.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos todos os usuários (as) das UBSF que buscaram a unidade em situação de urgência/emergência e/ou que não fossem brasileiros.

5.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados, foram adotadas as técnicas de evocações livres e entrevista. O período dessa coleta se deu entre janeiro e março de 2019. O convite para a pesquisa foi realizado na sala de espera das consultas, em grupo e de modo aleatório. A primeira etapa se deu pelas evocações livres que consistiu em solicitar aos participantes que referissem as cinco primeiras palavras ou expressões que viessem à mente frente ao termo indutor “violência”. (APÊNDICE A). Esse apêndice também possui informações pessoais para que fosse possível traçar um perfil dos participantes.

² Solicita-se aos participantes que evoquem cinco palavras frente ao termo indutor “violência”.

O número de palavras foi determinado pela entrevistadora, não excedendo o limite de cinco, pois a partir disso há um declínio na rapidez da resposta e assim a característica de espontaneidade da dinâmica pode ser perdida. Nesse sentido, as evocações livres permitem evidenciar significados verdadeiros e possibilita a visualização de elementos implícitos que podem ser mascarados durante o discurso (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Para a segunda etapa da coleta de dados, foram convidados usuárias (os), também de modo aleatório e imediatamente após a etapa das evocações, sendo dois homens e duas mulheres de oito unidades. Nesta foi realizada uma entrevista, gravada, com o apoio de um roteiro semiestruturado e elaborado para a macropesquisa (APÊNDICE B). Esse roteiro possuía questões abertas que possibilitavam compreender a percepção acerca da temática da violência. Para que se conseguisse realizar uma boa entrevista, livre de ruídos e interferências, foi utilizada, em cada UBSF, uma sala para realização de ambas as etapas. Foi solicitado o consentimento (APÊNDICE C) de todos os participantes, respeitando o compromisso com a confidencialidade e o anonimato e, sendo assim, eles foram identificados pela letra “P” de pessoas, seguido do número da ordem de realização das entrevistas (P1, P2, P3...), além da caracterização do sexo feminino (F) ou masculino (M).

Usuárias e usuários de todas as 25 UBSF foram convidados a participarem da primeira etapa de evocações livres, já nas entrevistas foram selecionadas quatro unidades urbanas, duas litorâneas e duas rurais. A seleção das unidades para as entrevistas, seguiu a ordem da lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, ou seja, as quatro primeiras urbanas, as duas primeiras rurais e as duas primeiras litorâneas, sendo elas BGV (UBSF Artur Schimidt), Castelo Branco (UBSF Dr. Luiz Gonzaga Dora), PPV (UBSF Vereador Ciro Cardoso Lopes) e CAIC (UBSF Dr. Romeu Selistre Sobrinho); duas rurais – Quintinha (UBSF ACS Evanilde Nogueira) e Povo Novo; e duas litorâneas – Barra (UBSF Dr. Nilo Correa da Fonseca) e Querência.

5.5 Análise dos dados

Nessa fase foram utilizadas distintas técnicas de análise como o quadro de quatro casas, análise de similitude, construção da árvore máxima, elaboração de nuvens de palavras e Classificação Hierárquica Descendente. Para tanto, foi utilizado dois *softwares*, o *Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Evocations* (EVOG) e *Interface de R pour les Analyses Multimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ).

As evocações foram submetidas ao *software* EVOG, proposto por Pierre Vergès. Esse identificou a frequência simples e a média ponderada de ocorrência de cada palavra. Inicialmente, as palavras foram digitadas no documento do Word, em seu formato original,

numerando de 1 a 5 de acordo com a ordem que foi evocada por cada participante. Após essa etapa, foi elaborado um dicionário para homogeneização das evocações, na qual foi descrito as palavras em ordem alfabética e uma lista de padronização.

O EVOC permitiu a construção do quadro de quatro casas, que é formado por quatro quadrantes, no esquerdo superior localiza-se o Núcleo Central (NC), que é o local que se situou as palavras ditas com maior frequência e mais prontamente evocadas, ou seja, os elementos mais relevantes, este quadrante é estável e resistente a mudanças, relacionando-se à memória coletiva, dando consistência à representação. Já no quadrante inferior esquerdo estão os elementos de contraste, que possuem uma frequência menor que a média (ABRIC, 1998).

Por último, os quadrantes superior e inferior direito localizam-se os elementos da primeira e segunda periferia, respectivamente. A primeira periferia conta com os elementos periféricos mais importantes, devido a elevada frequência. Já na segunda periferia estão aqueles elementos menos frequentes e menos prontamente evocados (SÁ, 2002).

Figura 1. Exemplo de quadro de quatro casas construído para a análise dos dados que serão obtidos pelas evocações

<p>Núcleo Central Fr \geq frequência média Rang $<$</p>	<p>1ª Periferia Fr \geq frequência média Rang \geq</p>
<p>Contraste Fr $<$ frequência média Rang $<$</p>	<p>2ª Periferia Fr $<$ frequência média Rang \geq</p>

Fonte: Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. PPGENF. Rio Grande/RS. 2016

A partir dos resultados obtidos nessa etapa, foi aplicada a análise de similitude, proposta por Claude Flament em 1986, que possibilitou identificar as coocorrências entre as palavras e, seu resultado trouxe indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura da representação (CAMARGO; JUSTO, 2013). Na ótica estrutural, essa análise verifica a quantidade de conexões que os elementos da representação mantêm entre si. Essa grande quantidade de conexões tem sido tomada como um segundo indicador, além da saliência, de sua provável participação no núcleo central (SÁ, 2002).

Por fim, a análise das entrevistas ocorreu pelo uso do *software* IRAMUTEQ. Neste foi inserido o *Corpus*, conjunto de textos que se pretende analisar. O Texto é cada entrevista que compõe o *Corpus*, ou seja, cada resposta foi um texto e assim teremos “n” textos. Cada entrevista foi denominada de Unidade de Contexto Inicial (UCI). Há também os Segmentos de Texto, ou Unidade de Contexto Elementar (UCE) que são obtidas a partir das UCI, que contem vocabulário semelhante entre si, porém diferente entre as UCI. Elas contêm um tamanho de, geralmente, três linhas, dimensionados pelo próprio *software*. Após o processamento do *corpus*, pelo *software*, considera-se um bom aproveitamento das UCE o índice de 75% ou mais (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Foram criadas as classes, que são a relação das UCI que apresentam palavras homogêneas. Para que se conseguisse classificar e relacionar as classes, as UCI foram agrupadas segundo a ocorrência das palavras, gerando as UCE e, originando um dicionário de palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013). Após esse processo, a CHD criou o dendograma das classes, que além de expor as classes, demonstrou a ligação entre elas. Cada classe compreendeu uma cor diferente e as UCE de cada uma possuíram a mesma cor da classe correspondida (SOUZA *et al.*, 2018).

Esse *software* possibilita vários dendogramas para a forma de análise escolhida e, mantém as UCE disponíveis para que se possa voltar, ler e compreender os resultados, nomeando cada classe, de forma que melhor represente o tema central interpretado (SOUZA *et al.*, 2018).

5.6 Aspectos éticos

O estudo respeitou as prerrogativas da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O macroprojeto foi encaminhado para ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) (anexo A), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 264/2018 (anexo B) e parecer de emenda do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-FURG) com número 4.041.235 (anexo C) e Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) sob parecer nº 030/2018 (anexo D). Por um período de cinco anos, todo o material coletado será guardado em envelope lacrado aos cuidados da pesquisadora, nos arquivos do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade da Escola de Enfermagem da FURG.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, optou-se por apresentar sob a forma de artigo científico. O primeiro se refere ao objetivo específico: comparar a estrutura e o conteúdo da representação social de mulheres e homens, usuários (as) da ESF, sobre a violência, intitulado “Comparação estrutural da representação social da violência entre mulheres e homens” e está formatado nas normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva. O segundo artigo responde ao objetivo específico: descrever os conteúdos da representação social de mulheres e homens, usuários (as) da ESF, sobre a violência, intitulado “Conteúdos representacionais de mulheres e homens sobre a violência” e está formatado nas normas da Revista Saúde e Pesquisa.

6.1 Artigo 1 Comparação estrutural da representação da violência entre mulheres e homens

Comparação estrutural da representação da violência entre mulheres e homens

Structural comparison of the social representation of violence between women and men

Comparación estructural de la representación de la violencia entre mujeres y hombres

Representação social de mulheres e homens

Carolina Coutinho Costa Vallejos³; Camila Daiane Silva⁴; Victoria Lêslye Rocha Gutmann⁵; Marina Soares Mota⁶; Aline Neutzling Brum⁷; Daniele Ferreira Acosta⁸

Costa CCV, Silva CD, Gutmann VLR; Mota MS, Brum AN, Acosta, DF

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em Saúde da Família. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil. couthocarle@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵ Enfermeira. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora. Universidade Federal de Pelotas. Rio Grande do Sul, Brasil.

⁷ Bióloga. Doutora. Professora visitante. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil.

⁸ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil.

Comparação estrutural da representação da violência entre mulheres e homens

Structural comparison of the social representation of violence between women and men

Comparación estructural de la representación de la violencia entre mujeres y hombres

RESUMO

Objetivo: comparar a estrutura e o conteúdo da representação social de mulheres e homens, usuárias (os) da Estratégia de Saúde da Família, sobre a violência. **Método:** Estudo qualitativo fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Participaram 150 usuárias(os) das Estratégias de Saúde da Família da cidade de Rio Grande/RS. Para a coleta foi utilizada a técnica de evocações livres e entrevista com roteiro semiestruturado. A análise foi realizada pelos *softwares* EVOC e IRAMUTEQ. **Resultados:** O núcleo central de homens e mulheres tiveram como elemento central o termo violência, porém há diferenças no local de ocorrência e os tipos de violência que cada um está sujeito. **Conclusão:** As mulheres sofrem a violência física, verbal, entre outras, no ambiente doméstico e os homens sofrem a violência nos espaços públicos. Identificar essas diferenças qualifica o atendimento realizado a mulheres e homens, que possuem necessidades distintas.

Descritores: Violência; Saúde da família; Mulheres maltratadas; Homens; Relações interpessoais; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A violência é um dos principais problemas de saúde pública e é classificada em diversos tipos, desde a violência física, que deixa marcas visíveis no corpo da vítima, até a violência menos aparente, que provocam marcas emocionais¹. As consequências da violência são diversas, podendo resultar em problemas físicos, psicológicos, sociais e não necessariamente ferimentos, incapacidade ou morte. As consequências podem ser imediatas ou a longo prazo, permanecendo por anos e, é por isso que limitar a violência apenas como um ferimento ou morte não proporciona a percepção total dos motivos a causam².

Um dos maiores obstáculos para a prevenção secundária da violência é a detecção precoce, visto que é um fenômeno sociocultural e há muitas lacunas entre as recomendações das políticas públicas e as ações realizadas no processo cotidiano de trabalho. Um estudo revelou que a Atenção Básica deveria ter uma melhor organização para o enfrentamento da violência, visto que os profissionais que nela atuam têm contato contínuo e direto com os usuários(as)³.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) está incorporada na Política Nacional de Atenção Básica e têm como objetivo expandir, qualificar e consolidar o atendimento à saúde. Ela favorece o processo de trabalho que amplia a resolutividade, o impacto na saúde individual e coletiva, bem como uma importante relação custo-efetividade. Além disso, configura um processo evolutivo e singular que inclui e respeita as especificidades de cada região⁴.

A violência tem sido cada vez mais presente dentro dos territórios, sendo um atual desafio para as equipes da ESF, pois os serviços de saúde apresentam inúmeras dificuldades para obtenção de resultados eficientes frente ao fenômeno da violência e é imprescindível o trabalho intersetorial e interdisciplinar. Assim, o enfrentamento deve resultar do esforço de vários setores como serviço de saúde, escolas, assistência social, políticas públicas, autonomia, participação da comunidade e a justiça⁵.

Sabe-se que todos os grupos populacionais estão propensos a sofrer violência em algum estágio da vida. Um estudo revelou que os homens são o grupo mais atendido em emergências por causa da violência e, seus agressores são pessoas desconhecidas ou amigos. Já as mulheres, os principais agressores são os parceiros íntimos, atuais ou anteriores⁶. Nesse sentido, percebe-se a diferença dos tipos de violência que ocorre entre os sexos feminino e masculino, em que os homens geralmente são vítimas de violência urbana, enquanto que as mulheres sofrem a violência dentro do próprio lar. Um estudo revelou que a maioria dos casos notificados de violência contra a mulher, tiveram como agressores os parceiros íntimos, com destaque para violência física, psicológica e sexual⁷.

Assim sendo, a representação social (RS) que mulheres e homens usuários (as) da ESF possuem sobre a violência, permite reconhecer o que pensam as pessoas sobre a violência, compreender significados, impressões e crenças sobre o tema, a fim de desmistificar aspectos que naturalizam atos violentos, tornar familiar o objeto do estudo, bem como reforçar o conhecimento empírico que busca fortalecer ações de enfrentamento a violência. Diante do exposto, tem-se como objetivo comparar a estrutura e o conteúdo da representação social de mulheres e homens, usuários (as) da ESF, sobre a violência.

METODOLOGIA

Este estudo faz parte de um macroprojeto intitulado “Representação Social de Pessoas Usuárias da Estratégia Saúde da Família”. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, fundamentando na Teoria das Representações Sociais.

Participaram pessoas usuárias(os) das 25 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo 13 em área urbana, oito em área rural e quatro litorâneas. Para as evocações livres, totalizaram 150 pessoas, sendo seis pessoas em cada unidade, mantendo-se a igualdade de três homens e três mulheres, conforme a demanda espontânea. Para as entrevistas, convidou-se as primeiras 32 pessoas das 150 que fizeram parte das evocações, sendo quatro pessoas em cada uma das oito unidades selecionadas, mantendo-se a igualdade de duas mulheres e dois homens. O número de participantes nas entrevistas é um consenso entre os teóricos de RS, os quais afirmam que 30 é o mínimo para se recuperar as RS de um grupo⁸.

Foram incluídos usuários(as) com idade igual ou superior a 18 anos que não possuíam limitações cognitivas de fala, compreensão e audição. E excluídos todos os usuários(as) que procuraram a ESF em situação de urgência/emergência e/ou que não fossem brasileiros.

A etapa das evocações livres, consistiu em solicitar aos participantes que referissem as cinco primeiras palavras que viessem à mente frente ao termo indutor “violência”. As evocações livres permitem evidenciar significados verdadeiros e possibilita a visualização de elementos implícitos que podem ser mascarados durante o discurso⁹. As entrevistas foram gravadas e realizadas com o apoio de um roteiro semiestruturado. O estudo respeitou as prerrogativas da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde

As evocações foram submetidas ao *software* EVOC, proposto por Pierre Vergès, o qual identifica a frequência simples e a média ponderada de ocorrência de cada palavra. Inicialmente, as palavras foram digitadas no documento do Word, em seu formato original, enumerando-se de 1 a 5 de acordo com a ordem em que foi evocada por cada participante.

O EVOC permitiu a construção do quadro de quatro casas, o qual é formado por quatro quadrantes, no esquerdo superior localiza-se o Núcleo Central (NC), que é o local com as palavras ditas com maior frequência e mais prontamente evocadas, ou seja, os elementos mais relevantes. Já no quadrante inferior esquerdo estão os elementos de contraste, que possuem uma frequência menor que a média¹⁰. Por último, nos quadrantes superior e inferior direito se localizam os elementos da primeira e segunda periferia, respectivamente.

A partir dos resultados obtidos, foi aplicada a análise de similitude, proposta por Claude Flament em 1986, que possibilita identificar as coocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexão entre elas, auxiliando na identificação da estrutura da representação¹¹. Na ótica estrutural, essa análise verifica a quantidade de conexões que os elementos da RS mantêm entre si. Essa grande quantidade de conexões tem sido tomada como um segundo indicador, além da saliência, de sua provável participação no núcleo centra¹².

Para a análise de similitude foi utilizado o *software* IRAMUTEQ, criado por Pierre Ratinaud. O *software* faz vários tipos de análises como a Classificação Hierárquica Descendente, já proposta por outros *softwares* e, inclui outras formas como as textuais clássicas, de especificidades, nuvem de palavras e de similitude, a qual será utilizada neste estudo¹¹.

RESULTADOS

Os participantes tinham idade entre 18 e 79 anos. Quanto a cor/raça autodeclarada, 56,6% foi branca, seguida de negra (40,6%). A maior parte dos participantes se declarou heterossexual (97%). A maioria possuía nível fundamental de escolaridade (50,6%) e 50% estavam trabalhando. Também a maior parte dos participantes possuíam um companheiro(a) (81%), residindo na maioria das vezes com o(a) mesmo(a) (67,3%), sendo de um (24,6%) a dois filhos (28,6%) a média mencionada.

O *corpus* formado pelas evocações das mulheres e homens frente ao termo indutor “violência”, totalizou 668 palavras sendo 73 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das Ordens Médias de Evocação (OME ou *rang*) foi 2,8 para os dois grupos analisados. O quadro de quatro casas que se refere às mulheres teve frequência mínima 5 e frequência média 11 (Quadro 1). Já o quadro que se refere aos homens teve frequência mínima 8 e frequência média 17 (Quadro 2).

Quadro 1. Quadro de quatro casas formado pela evocação das mulheres frente ao termo indutor “violência”. Rio Grande-RS, 2020.

NC	Freq. \geq 11 Rang $<$ 2,8		1ª Periferia	Freq. \geq 11 Rang \geq 2,8	
	Freq.	Rang		Freq.	Rang
Violência física	26	2,308	Violência contra pessoas	46	2,870
Violência	17	2,118	Violência moral	13	3,462
Violência verbal	14	2,143	Tristeza	12	3,083
Dependência substâncias	11	2,273			
Contraste	Freq. $<$ 11 Rang $<$ 2,8		2ª Periferia	Freq. $<$ 11 Rang \geq 2,8	
	Freq.	Rang		Freq.	Rang
Violência doméstica	10	2,000	Maltratar animais	9	3,778
Falta de respeito	10	2,000	Caráter	8	3,375
Medo	10	2,800	Impunidade	7	3,286
Violência sexual	9	2,778	Preconceito	7	3,571
Homicídio	7	2,571	Violência psicológica	6	2,833
Assalto	6	2,500	Violência urbana	6	2,833
Negativo	6	2,167	Família	5	3,200

Fonte: Vallejos, CCC. Representação Social de mulheres e homens, usuários (as) da Estratégia de Saúde da Família, sobre a violência, 2020.

Quadro 2. Quadro de quatro casas formado pela evocação dos homens frente ao termo indutor “violência”. Rio Grande-RS, 2020.

NC	Freq. \geq 17 Rang $<$ 2,8		1ª Periferia	Freq. \geq 17 Rang \geq 2,8	
	Freq.	Rang		Freq.	Rang
Violência contra pessoas	38	2,579	Impunidade	18	3,389
Violência	37	2,000			
Assalto	18	2,111			
Contraste	Freq. $<$ 17 Rang $<$ 2,8		2ª Periferia	Freq. $<$ 17 Rang \geq 2,8	
	Freq.	Rang		Freq.	Rang
Homicídio	14	2,643	Dependência substâncias	16	2,875
Violência física	13	2,692	Violência urbana	12	3,583
Ódio	11	2,364	Maltratar animais	8	3,000
			Sem motivo	8	2,875

Fonte: Vallejos, CCC. Representação Social de mulheres e homens, usuários (as) da Estratégia de Saúde da Família, sobre a violência, 2020.

O NC é representado pela natureza do objeto descrito e, ao se comparar o NC dos dois quadros (Figura 1), o termo *violência* é o único em comum às duas RS, ele é um termo geral

que pode englobar todos os tipos de violência como a física, verbal, psicológica, patrimonial, moral e sexual.

Figura 1. Comparação do Núcleo Central da representação social de mulheres e homens. Rio Grande-RS, 2020.



Fonte: Vallejos, CCC. Representação Social de mulheres e homens, usuários (as) da Estratégia de Saúde da Família, sobre a violência, 2020.

Ao analisar os termos exclusivos da RS das mulheres, verificou-se que a violência é composta pelos fatores que a gera, como a *dependência de substâncias*. Ainda, foram enfatizadas duas formas de violências, a física e a verbal.

Por outro lado, ao analisar os termos exclusivos da RS dos homens, observou-se a evocação da *violência contra as pessoas*, ou seja, contra grupos específicos que não eles, como crianças, idosos, mulheres, população Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual e outros (LGBTQIA+), negros. Ainda, evocaram uma forma específica de violência, o *assalto*, que possivelmente seja a forma mais corriqueira do seu contexto social.

Dessa forma, ao se comparar a RS desses dois grupos, verifica-se que as mulheres representaram violência em sua forma física e verbal, geradas pela *dependência de substâncias*, identificando uma realidade cotidiana da violência no espaço privado e doméstico contra as mulheres, à medida que os homens representaram a violência que acomete outras pessoas que não eles, como os grupos vulneráveis. Os homens também destacaram a *violência urbana*, evidenciando uma realidade de violência que ocorre no espaço público, por vezes, com eles

mesmos. Percebe-se que a RS de mulheres e homens sobre a violência têm suas nuances, tanto pelo local de ocorrência quanto pelo tipo de violência.

Os elementos centrais dos dois grupos se referem à caracterização descritiva e à inserção do objeto de estudo nas práticas sociais, representando elementos funcionais da RS de homens e mulheres. Os elementos funcionais descrevem a representação de forma mais concreta e palpável, caracterizando suas particularidades e determinando como ele influencia o cotidiano e quais as condutas relativas ao objeto.

No quadro de quatro casas (quadro 1), da RS das mulheres, evidencia-se que no NC o termo *violência física* foi o mais frequente e *violência* o mais prontamente evocado (rang), reforçando o quanto a forma física se destaca das demais e pode estar presente no cotidiano do grupo. No NC da RS dos homens (quadro 2), *violência contra pessoas* foi o termo mais frequente e *violência* também foi o mais prontamente evocado (rang). O termo *violência* é empregado pelos dois grupos para englobar todas as possíveis formas de violência existentes, no entanto algumas formas são tão corriqueiras que se destacam desse conceito geral.

Violência para mim significa toda forma de violência física e discriminação (...). Todas as [violências] deixam marcas, talvez não marcas físicas, mas são até mais profundas emocionalmente. (P9-F)

Acredito que existem fatores que influenciam a ocorrência da violência como o álcool e a dependência de substâncias (...). (P2-F)

Tudo que acontece de ruim é violência, roubo, assalto, extorsão, tudo é violência. (P29-M)

Eu fico mal principalmente quando é criança ou uma pessoa idosa. (P18-M)

Já fui assaltado à mão armada quando eu era mais jovem. (P14-M)

Os elementos de primeira e segunda periferia permitem modulações pessoais que geram representações individualizadas e, por causa disso admitem a integração de informações ao NC. O elemento mais frequente e também mais prontamente evocado na primeira periferia (quadrante superior direito) da RS das mulheres, foi *violência contra pessoas*, seguido de *violência moral* e *tristeza*. O primeiro se refere ao grupo de pessoas que estão mais suscetíveis à violência em geral, o segundo é mais uma das formas de violência e o terceiro se refere aos aspectos sentimentais gerados pela ocorrência de atos violentos. Já na primeira periferia da RS dos homens, surgiu apenas o termo *impunidade*, relacionado a falta de punição por crimes, de leis e/ou ao não cumprimento das leis, sugerindo que estas deveriam ser mais rígidas para quem causa a violência.

Homem que bate em uma mulher (...) é o fim, principalmente se tiver criança envolvida no meio. (P25-F)

No momento que se usa a violência (...) já é algo inaceitável, violência é trágico, é triste. (P28-F)

Eles [prisioneiros] têm até internet, isso não é punição acho que a lei tinha que ser mais rígida. (P11-M)

Rever a possibilidade de colocar pena de morte, então acho que assim minimizaria muito a violência. (P14-M)

No quadrante inferior direito, a segunda periferia, da RS das mulheres, o elemento mais frequente foi *maltratar animais* e o mais prontamente evocado foi *família*. O primeiro, bem diferenciado, mas retrata uma forma de violência que afeta diretamente o grupo que a representou, o segundo, pode se referir a violência vivida no ambiente doméstico ou na preocupação dela ocorrer dentro do seu lar, com seus familiares. Os demais elementos evocados foram *violência urbana e violência psicológica*, ainda caracterizando os tipos de violências, além de *impunidade, preconceito e caráter* que constituem um julgamento em relação ao agressor e suas ações.

Já na segunda periferia da RS dos homens, o mais frequente foi *dependência substâncias*, esse termo empatou com *sem motivo* como os mais prontamente evocados. Além disso, foram evocados neste quadrante *maltratar animais* e *violência urbana*. Os dois primeiros elementos estão associados à geração de violência, já os dois últimos abordam os tipos de violência.

A drogadição é um dos fatores que gera muita violência. (P11-M)

Na minha opinião a violência significa intolerância e o ódio que as pessoas têm umas das outras, mas também pode acontecer por motivos banais. (P14-M)

Têm homens que trabalham comigo que batem nos animais e eu não entendo para quê fazer isso. (P16-M)

A violência significa algo muito ruim, tanto violência_doméstica quanto violência_urbana. (P3-M)

Os elementos de contraste, que constituem o quadrante inferior esquerdo podem reforçar os elementos da primeira periferia. Desses elementos, os mais frequentes na RS das mulheres foram *violência doméstica, falta de respeito e medo*, sendo os dois primeiros também os mais

prontamente evocados. Os demais elementos foram *violência sexual, homicídio, assalto e negativo*. Esses elementos significam os tipos de violência que ocorrem, os aspectos emocionais sobre a violência e o julgamento social frente ao agressor e sua ação violenta. A maioria dos elementos reforçam a primeira periferia da RS das mulheres, visto que tratam os tipos de violência e questões sentimentais.

Já enfrentei situações de violência doméstica, eu cresci com um padrasto que bebia e, tinha dias que ele passava do limite e chegava eufórico em casa, brigando com a minha mãe. (P23-F)

A violência acomete homens e mulheres devido a falta de respeito o homem não respeita a mulher e a mulher não respeita o homem. (P1-F)

Violência [...] gera muitas inseguranças, gera medo de uma briga acontecer. (P31-F)

O homem pode tudo [...], por isso que tem a violência sexual a violência infância, porque eles se acham os poderosos. (P1-F)

Agora esse casal não está mais junto, mas o homem não aceita e diz que vai matar ela. (P5-F)

Violência para mim é tanto a violência física quanto um assalto. (P15-F)

Ele bateu nela, homem tem mais força, então ela quase morreu. (P7-F)

A zona de contraste da RS dos homens tem elementos têm elementos que caracterizam os tipos de violência, como *homicídio, violência física* e o sentimento emocional negativo de *ódio*. Esses elementos podem se complementar com a primeira periferia, considerando a preocupação dos participantes frente aos agressores que cometem *violência física*, podendo gerar *homicídio*, e que ficam impunes. O *ódio* pode estar associado tanto a um fator que gera a violência, quanto ao sentimento de uma pessoa quando presencia uma situação de violência.

O animal mata para sobreviver e o ser humano mata por esporte. (P30-M)

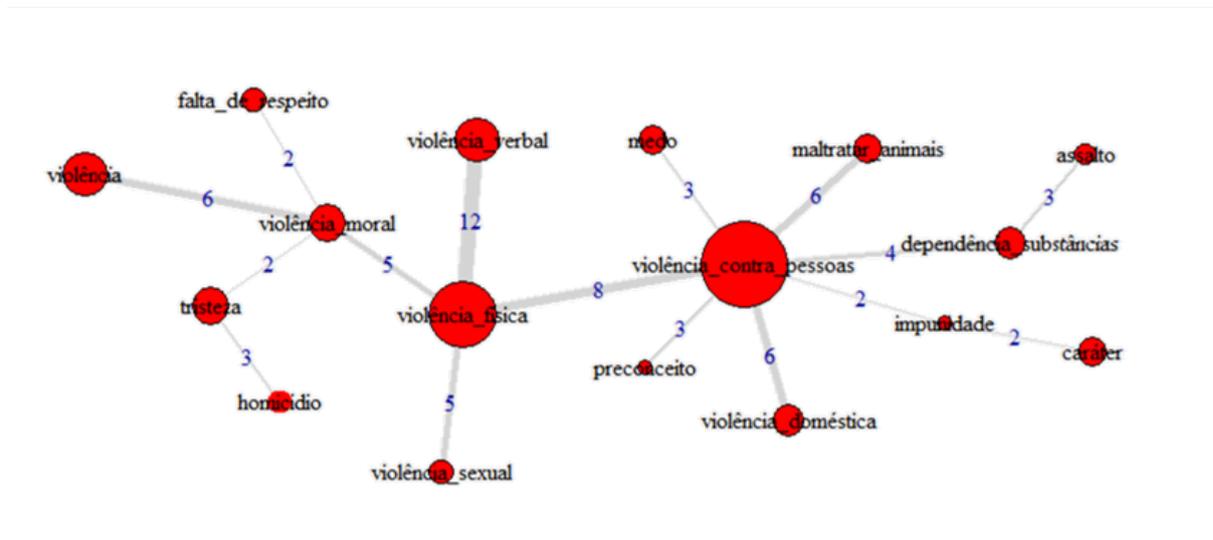
Quando o homem comete a violência física pela primeira vez pode ter sido um momento de ira, não se sabe o que aquela mulher fez para ele, mas foi muito grave. (P4-M)

O homem tem mais ódio, se encontra mais homens assaltando, violentando mulheres, fazendo mal para os outros. (P14-M)

Nunca fui a favor da violência, já me meti em casos de ver mulher apanhando de homem e arrumei confusão por isso, porque eu não aceito, eu acho totalmente errado. (P30-M)

Como um segundo verificador da centralidade da RS, realizou-se a análise de similitude, a partir da conexidade e coocorrência dos termos evocados (Figura 2).

Figura 2. Árvore máxima da análise de similitude das evocações mais frequentes na análise das mulheres. Rio Grande – RS, 2020.



Fonte: Vallejos, CCC. Representação Social de mulheres e homens, usuários (as) da Estratégia de Saúde da Família, sobre a violência, 2020.

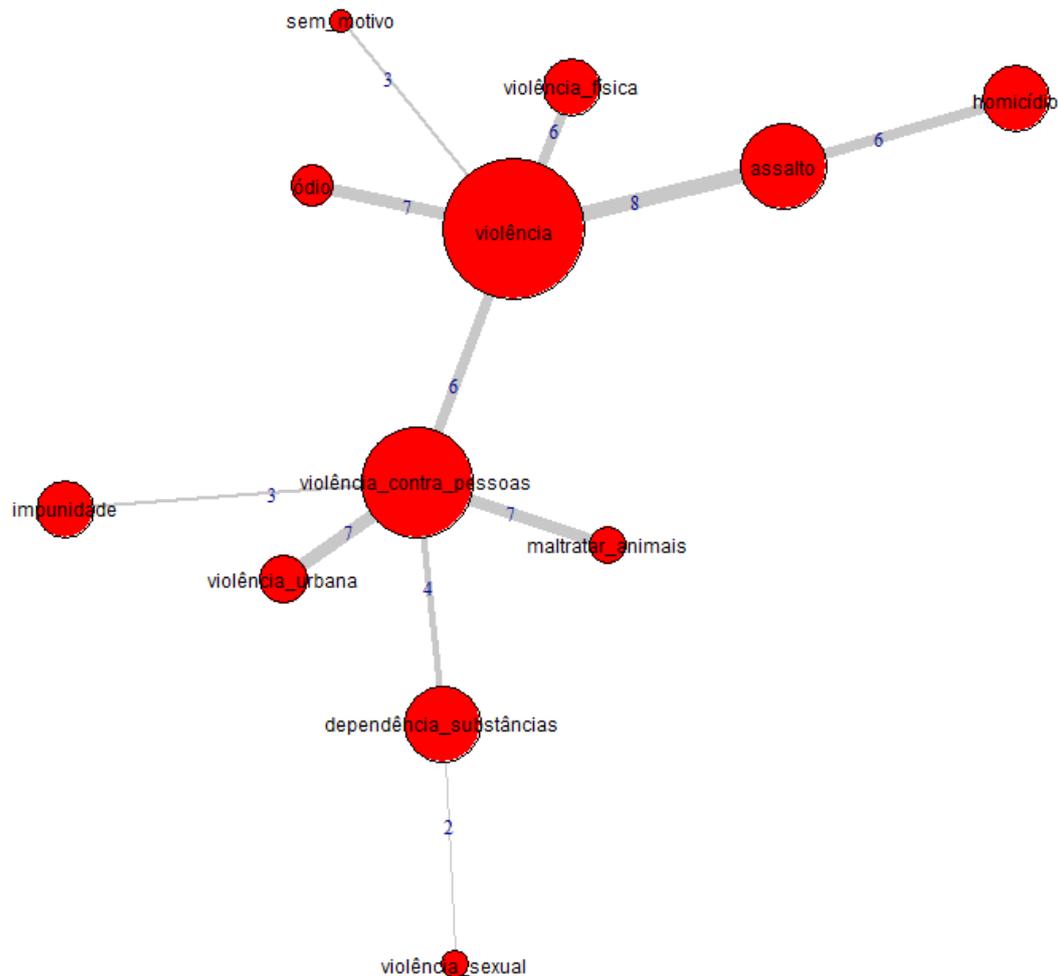
Na RS das mulheres, percebeu-se que o termo *violência física* permanece central e tem forte conexidade com *violência verbal*, *violência contra pessoas*, *violência sexual* e *violência moral*, reforçando os tipos de violência mais comuns e que se destacam dentre a violência de uma forma geral. O termo *violência moral* tem baixa conexidade com *falta de respeito*, *tristeza* e *homicídio*, mas uma conexão forte com *violência*, possivelmente representando que a violência moral pode desencadear outras formas de violência não destacados na RS.

O termo *violência contra pessoas*, aparece conectado com *medo*, *preconceito*, *violência doméstica*, *dependência substâncias* e *maltratar animais*. O medo pode fazer com que a vítima não reaja, e sofra novamente violência doméstica, que muitas vezes é acentuada pelo uso de substâncias psicoativas por parte do parceiro. A violência contra os animais foi muito comentada pelas participantes, evidenciando a preocupação acerca da segurança dos animais. Em uma conexão mais baixa a *dependência substâncias* se conecta ao *assalto*, evidenciando um possível motivo para tal forma de violência.

Já na RS dos homens (Figura 3), constatou-se que o termo *violência* está fortemente conectado com *assalto* e uma conexão mais baixa com o termo *violência contra pessoas*, todos

elementos do NC (quadro 2). Evidenciando fortemente a forma de violência mais comum no cotidiano dos homens e, ainda, reafirma a RS deles sobre a violência que ocorre com outras pessoas, como mulheres, crianças, idosos, negros e população LGBTQIA+, e com os animais.

Figura 3. Árvore máxima da análise de similitude das evocações mais frequentes na análise dos homens. Rio Grande-RS, 2020.



Fonte: Vallejos, CCC. Representação Social de mulheres e homens, usuários (as) da Estratégia de Saúde da Família, sobre a violência, 2020.

O termo *violência* tem alta conexão com *ódio*, *violência física*, *sem motivo* e *assalto*, sendo que o último está ligado com *homicídio*, evidenciando a violência urbana, que inicia por motivações fúteis, leva ao ato físico e até ao extremo da morte, gerando por consequência sentimentos negativos por seu desencadeamento.

DISCUSSÃO

A comparação da RS da violência entre homens e mulheres apresenta variâncias entre os tipos de violência e o local de ocorrência. O único termo comum aos dois grupos foi violência, sendo evocada para contemplar um significado amplo e geral, englobando todas as formas de violência que acontecem na sociedade. Embora a forma física seja a mais corriqueira, a violência verbal necessita de uma atenção especial, visto que gera vários efeitos emocionais, como o sentimento de vergonha e o desrespeito da dignidade¹³ que deixam marcas mais enraizadas do que a violência física. Porém, a violência verbal precisa da reação de alguém que sinta, avalie e julgue o ato como ofensivo¹⁴.

Enquanto os homens referiram a violência urbana, pelo termo *assalto*, como também a violência que ocorre com outros grupos, que não sejam eles, as mulheres representaram as formas de violência que ocorrem dentro de casa, geradas pelo abuso de substâncias. Acerca dos assaltos, um estudo mostrou a reação ao assalto, entre policiais e criminosos, em que o livre acesso a armas resulta quase sempre em um confronto que leva a morte de algum dos envolvidos¹⁵.

Quando se trata de violência doméstica, um estudo de revisão delineou o perfil dos agressores de mulheres, como pessoas do sexo masculino, com envolvimento afetivo e que fizeram uso de álcool e/ou outras drogas nos instantes que precederam a violência¹⁶. Essa afirmação reitera a RS das mulheres de que a violência pode ser gerada pela dependência de substâncias.

Ainda, os tipos de violência contra mulher mais notificados são os abusos físicos, seguido de violência psicológica⁷. A violência doméstica fere os direitos humanos, pois além de humilhar e insultar a dignidade da mulher, também impede o seu desenvolvimento como ser social. As consequências podem ser físicas, psicológicas, afetando a percepção sobre si mesma, o que gera sentimentos de insegurança e impotência até mesmo nas suas relações sociais¹⁷.

Cabe destacar que os elementos de primeira e segunda periferia, são mais flexíveis, vivos, completos e essenciais no conteúdo da RS, permitindo articulações pessoais e reinterpretam na direção do significado estabelecido pelo NC¹⁰.

A violência contra pessoas foi abordada no NC dos homens e, também faz parte da primeira periferia das mulheres abrangendo vários grupos de pessoas. Acerca da violência contra crianças, um estudo identificou que 63% das crianças e/ou adolescentes já sofreram algum tipo de violência e, os principais agressores são os pais (50,9%). A violência que mais acontece com essas pessoas é a psicológica, seguida de negligência, abandono, sexual e física¹⁸.

A violência contra a mulher parece ser um grande tabu, pois ainda há uma subordinação dos comportamentos socialmente esperados da mulher, que constituem os papéis de gênero

construídos, fazendo com que a violência não seja reconhecida por elas, colaborando para que as agressões sejam aceitas como normais¹⁹. Essas construções históricas e sociais sobre o gênero, influenciam a violência, ao passo que os papéis impostos a mulher, como ser mãe, esposa e submissa ao homem, reforçam a ideia da inferioridade do sexo feminino, perpetrando o conceito de que a mulher não tem liberdade acerca de seu corpo e nem de suas opiniões, contribuindo intensamente para os atos de violência contra a mulher, que podem ser psicológico, moral, patrimonial, sexual e físico, sendo que este último, muitas vezes interrompe a vida de milhares de mulheres²⁰.

Acerca da violência contra o grupo LGBTQIA+, um estudo analisou as violências e as dificuldades para inclusão desse grupo no trabalho e evidenciou a agressão física e o assédio por meio de piadas, como as práticas mais comuns nesse meio. Outros tipos de violência sofrida por esse grupo está o estigma social, que associa a homossexualidade à uma patologia e ao HIV/AIDS, a violência institucional, em que as organizações omitem os casos de violência, naturalizando a LGBTQIA+fobia²¹.

Outro grupo vulnerável à violência são os idosos, que muitas vezes são dependentes de suas famílias e/ou cuidadores. Um estudo avaliou que o grau de dificuldade para realizar o autocuidado e a presença de depressão em idosos dependentes, assim como o nível de estresse nos cuidadores desses indivíduos pode desencadear fatores de risco para violência. É necessário ofertar suporte as famílias, identificando e tratando esses problemas para a redução e prevenção da violência intrafamiliar²².

Ainda, na primeira periferia da RS das mulheres, apareceu o elemento *violência moral*. Um estudo realizado com adolescentes do sexo masculino, revelou que eles reconheciam a violência no namoro apenas quando tinham consequências visíveis e, naturalizavam a violência moral com o pretexto de que era um recurso para garantirem sua autoridade nos relacionamentos²³.

O elemento *tristeza* pode ser uma consequência do convívio frequente com situações de violência. Um estudo realizado com adolescentes, evidenciou que a vivência com a violência intrafamiliar provoca além de marcas físicas, tristeza contínua, levando muitas vezes a depressão e até autolesão corporal, como forma de “suavizar” a tristeza²⁴.

A RS dos homens na primeira periferia, possui um elemento único, a *impunidade*. Este, reflete ao sistema judicial, em que os agressores ficam livres para cometerem atos de violência, sem o medo de sofrerem as consequências. Outro estudo mostrou que o aumento da criminalidade pode sobrecarregar a polícia e o sistema judiciário, aumentando a impunidade como consequência²⁵. Esses elementos são reforçados na zona de contraste dos homens visto

sua preocupação de que os autores da violência, como homicídios e assaltos, permaneçam impunes. Um estudo revelou que os crimes de homicídio, embora sejam os mais graves, são processos são muito lentos e deficientes, sendo comum o abandono da investigação, além de que quanto mais tempo se passa, mais difícil de recolher informações suficientes para identificar os autores dos crimes²⁶.

Ainda, houveram participantes que defenderam a pena de morte como resolução para os crimes de violência, porém, sabe-se que a pena de morte é um importante instrumento político e, pouco a pouco, os países que estão em processo de democratização e transição para a paz, estão abolindo a pena e defendendo o direito à vida²⁷. A *impunidade* também aparece na RS das mulheres associado ao sentimento de medo, simbolizando vulnerabilidade frente ao agressor. Muitos casos de violência doméstica e familiar, continuam em tramitação e sem sentença definida, mesmo após dois anos da denúncia. Sabe-se que as leis, as delegacias especializadas e os juizados foram criados para amparar e proteger as pessoas vítimas de violência, porém, essa vagarosidade na resolução dos casos é responsável, em grande parte, pela impunidade dos agressores²⁸.

A violência urbana, assalto, entre outros, estão associados à ausência dos cumprimentos dos deveres dos cidadãos, além disso, o crescimento das grandes cidades influencia no aumento do desemprego, fome, miséria e marginalização, contribuindo para a ocorrência de violência²⁹. Esse tipo de violência pode ocorrer no trânsito, nas festas e bares, através de agressões, assaltos, vandalismos, homicídios entre outros. Um estudo mostrou que os atos violentos devem levar em conta o fator familiar e a relação com a crescente violência urbana, ou seja, muitos dos que cometem práticas violentas pertencem às famílias vulneráveis, que transgridem todo tipo de leis e normas. Sendo assim, a família se mostra essencial no cuidado dos filhos, para que estes não reproduzam a violência²⁹.

A formação familiar é fundamental no comportamento e na percepção da qualidade de vida das crianças, tendo grande impacto na vida adulta. O termo família surgiu na RS das mulheres, na segunda periferia. Um estudo analisou o ambiente familiar de crianças vítimas de violência doméstica e, evidenciou que as mesmas viviam em ambientes com diversos fatores adversos, como uso de substâncias, desemprego e situações precárias de vida. Essas condições afetavam diretamente no desenvolvimento social e escolar. É importante destacar que embora esse estudo tenha avaliado famílias de baixa renda, a violência permeia todas as classes sociais³⁰.

Outros estudos também mostraram que mulheres que vivenciaram violência doméstica entre os pais, na infância, apresentaram mais chances de viver violência nos seus

relacionamentos conjugais na vida adulta³¹⁻³². Esses estudos declaram mais uma vez, de que a família tem grande influência no comportamento das crianças, na vida adulta.

Alguns estudos evidenciaram que a violência psicológica está ligada a outros tipos de violência, como a física, verbal e a sexual. A violência psicológica parece estar naturalizada, pois muitas vezes, é difícil perceber sua ocorrência. No ambiente de trabalho, muitos se permitem conviver em um ambiente hostil, contribuindo para ações violentas e o adoecimento dos mesmos³³. Além dos trabalhadores, um estudo considerou que a violência verbal influencia no atraso do desenvolvimento de crianças, ou seja, práticas intimidadoras dificultam o processo de interação e desempenho social³⁴.

Ainda, na segunda periferia da RS das mulheres, o sexto elemento mais prontamente evocado foi “*preconceito*” e está associado, principalmente, a dois tipos de discriminação, o racismo e a LGBTQIA+fobia. Esse preconceito resulta em violência e pode gerar várias consequências, dentre elas, a depressão. Um estudo realizado na *Ciudad de Cuenca*, mostrou que 64,6% dos participantes LGBTQIA+ apresentam depressão³⁵. Ainda, outro estudo evidencia que a violência recorrente contra esse grupo, traz uma série de problemas, tanto físicos quanto emocionais, e está presente em diversas esferas do convívio dessas pessoas, nas escolas, no ambiente familiar, no trabalho e no poder público³⁶.

Há ligação entre violência racial e saúde mental, indicando que a pessoa negra que sofre racismo tem seu emocional abalado, gerando transtornos mentais como ataques de pânico, estresse, baixa autoestima, depressão e deturpação do seu autoconceito. Historicamente a sociedade levou o negro as piores taxas de desenvolvimento pela falta de acesso à saúde, educação, trabalho e moradia, tudo isso devido a terem seus direitos cerceados³⁷.

Na segunda periferia da RS das mulheres, foi identificado o termo violência contra os animais e está ligado ao fato de que eles são seres sensíveis e possuem as mesmas sensações (dor e prazer), que os humanos, possuem. Assim se dá, a necessidade da proteção contra atos cruéis e abusivos³⁸. Sendo assim, espera-se reconhecer as variadas formas de opressão, tanto entre os humanos, quanto entre humanos e animais e que elas funcionam baseadas nos mesmos mecanismos – opressor e oprimido -, fazendo refletir acerca das preocupações como seres morais e jurídicos³⁸.

Ainda, apareceu o elemento *sem motivo* na segunda periferia dos homens e este mostra que nem sempre há um motivo para praticar violência. Um estudo realizado com adolescentes, sobre o *bullying*, evidenciou que os ataques são executados de forma repetitiva e sem motivos aparentes, considerando que possa ser um hábito que mantém hierarquia de poder, através da intimidação da vítima³⁹.

Os elementos de contraste são aqueles com baixa frequência, porém são considerados importantes, pois reforçam as ideias presentes na primeira periferia⁹. Nesse sentido, a RS das mulheres, na zona de contraste, reforçou as noções da primeira periferia, em que existiram elementos que descrevem os tipos de violência e sentimentos negativos e julgamentos sociais frente ao agressor.

O *medo* é identificado em um estudo como fator essencial para que mulheres permaneçam em relações de violência. O medo de não conseguir um outro relacionamento, medo de ficar sozinha, medo do agressor ser mais violento, dependência emocional e financeira, são outros fatores associados ao medo que desencorajam as mulheres a ir em busca de outra vida⁴⁰.

Na zona de contraste dos homens, os elementos também reforçaram as noções da primeira periferia e apareceu o elemento *ódio*, que se trata de um sentimento negativo em relação a violência ou até mesmo um fator que desencadeia a violência. Um estudo de revisão buscou analisar técnicas para o enfrentamento da violência doméstica, em que se tem o homem como autor da violência e a mulher como vítima e, como resultados obteve-se o uso da abordagem cognitivo-comportamental, que além de outros benefícios, destaca-se aqui o controle da raiva, reduzindo assim os atos agressivos⁴¹. Na análise de similitude das mulheres a *violência física* é a representação central, fortemente ligada com *violência verbal*, *violência contra pessoas*, *violência sexual* e *violência moral*. Um estudo que analisou a violência entre trabalhadores e maioria mulheres, revela que a agressão verbal é o tipo de violência mais comum, seguido de violência moral, discriminação racial e assédio sexual. Embora a violência verbal tenha destaque, esse estudo mostrou que a agressão verbal geralmente vem acompanhada de ameaças físicas⁴².

Ao examinar a análise de similitude dos homens, percebe-se que a violência urbana é a mais comum entre eles. Embora essa pesquisa tenha acontecido antes da pandemia da COVID-19, um estudo realizado na América Latina, revelou que a quarentena pode ter gerado consequências graves em relação a crimes organizados, pois deixou muitas comunidades em situação financeira desfavorável e vulneráveis em relação a risco físico, educacional e de trabalho⁴³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao comparar a RS de mulheres e homens, sobre a violência, percebe-se a diferença, principalmente no ambiente físico onde ocorre a violência, o tipo de violência e os aspectos emocionais, para cada um dos grupos. O ambiente que mais acontece violência contra as

mulheres é o espaço doméstico e pode ocorrer por causa do sistema patriarcal, em que considera as mulheres submissas aos homens e as suas vontades. O local da violência contra homens acontece nas ruas, trânsito, bares, festas, ou seja, espaços públicos, e que muitas vezes se inicia por motivos fúteis, gerando a agressão física e podendo levar até a morte.

Sobre os aspectos emocionais, as mulheres destacaram o sentimento de medo, já os homens sentem ódio ao representarem a violência. Essas noções podem estar diretamente ligadas a conduta de cada um ao se depararem com situações de violência.

Ao compreender essas diferenças, é possível refletir sobre melhorias para estratégias, prevenção, detecção precoce e acompanhamento de pessoas que sofrem violência, pois apesar de ser um tema histórico, as leis, políticas públicas e processos de trabalho ainda não conseguem ter uma abordagem específica para mulheres e homens, que possuem necessidades e percepções diferentes. Além de prevenir as construções sociais que fazem com que as crianças compreendam que meninos podem e devem ser violentos e as meninas devem ser passivas e submissas.

Acredita-se que esses resultados possam contribuir para a formação de leis, políticas e programas de saúde que conduzam a caminhos mais apropriados para o cuidado às vítimas de violência. Ainda, é importante destacar a limitação de estudos que retratassem a visão dos homens sobre a violência, sendo que são os mais afetados pela violência urbana e os que mais cometem violência contra outros grupos.

REFERÊNCIAS

1. WHO. World report on violence and health. Geneva: WHO, 2002.
2. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Cien Saúde Colet*, 2007 11(supl): 1163-1178, 2007.
3. Mendonça CS, Machado DF, Almeida MAS, Castanheira ERL.. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Cien saúde colet*, 2020, 25(6): 2247-2257.
4. Diário Oficial da República Federativa do Brasil (Br). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 set 2020.
5. Pereira Júnior LA, Beretta RC de S. A estratégia de saúde da família e o enfrentamento à violência e fatores de risco. *Psicol. Saúde Debate*, 2019, 5(2): 82-95.
6. Pinto IV, Bevilacqua PD, Ribeiro AP, Santos AP, Bernal RTI, Malta DC. Agressões nos atendimentos de urgência e emergência em capitais do Brasil: perspectivas do VIVA Inquérito 2011, 2014 e 2017. *Rev. brasil. epidemiol.*, 2020, 23(1):1-14.

7. Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS, Rodrigues MTP, Pereira VOM, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Rev. brasil. epidemiol.*, 2020, 23(supl. 1):1-13.
8. Santos EI, Gomes AMT, Oliveira DC de. Representations of vulnerability and empowerment of nurses in the context of HIV/AIDS. *Texto & Contexto enferm.*, 2014, 23(2):408-416.
9. Oliveira DC *et al.* Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Paredes AS. *Perspectivas Teórico- Metodológicas em representações sociais*. João Pessoa (PE): Editora Universitária UFPB, 2005.
10. Abric J C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia (GO): AB Editora, 1998.
11. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Universidade Federal de Santa Catarina [Internet]. 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em 15 set 2020.
12. Sá C de. Introdução. In: Sá C de. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002.
13. Herculano MAFC *et al.* Representações sociais de violência no namoro em adolescentes: uma revisão sistemática. *Rev. Eletronica Acervo Saúde*, 2020, 12(7):1-12.
14. Charaudeau P. Reflexões para a análise da violência verbal. *Rev. Desenredo*, 2019, 15(3):443-476.
15. Oliveira EC. O paradoxo da valentia: homens brutalizados numa sociedade pacificada – estudo de casos de reação a roubos a mão armada em Goiás (2009-2012). *Cad. Estud. Soc.*, 2016, 31(2):51-70.
16. Nicolau EA, Fraga KFS, Marçola NS, Oliveira TA, Madalena TS, Silva VG. Relação entre violência contra mulher e uso de substâncias psicoativas pelo agressor. *ANALECTA*, 2020, 5(5):1-20
17. Mota SR, Silva OPP da. Violência doméstica e suas consequências psicoemocionais. *Revista Eletrônica Casa de Makunaima*, 2019, 2(3):104-113.
18. Hildebrand NM, Celeri EHRV, Morcillo AM, Zanolli MD. Resiliência e problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vítimas de violência. *Rev. Saúde Publ.*, 2019, 53(17):1-14.
19. Lima ABM *et al.* O espaço da mulher na sociedade: uma reflexão a partir de *O Segundo Sexo* de Simone de Beauvoir. *Rev. Alembra*, 2019, 1(3):104-115.
20. Santos RG dos *et al.* Violência contra a mulher a partir das teorias de gênero. *Id On Line Rev. Mult. Psic.*, 2019, 13(44):97-117.
21. Cortez PA *et al.* Sexismo, misoginia e LGBTQfobia: desafios para promover o trabalho inclusivo no Brasil. *Physis (RIO J.)*, 2019, 29(4):1-22.
22. Lino VTS *et al.* Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. *Cien. Saúde Colet.*, 2019, 24(1).
23. Souza TMC, Pascoalto TE, Mendonça ND. Violência contra mulher no namoro: percepções de jovens universitários. *Rev. Psicol. Saúde*, 2018, 10(3):31-43.
24. Magalhães JRF. *et al.* Repercussões da violência intrafamiliar: história oral de adolescentes. *Rev. bras. enferm.*, 2020, 73(1):1-7.
25. Nadanovsky P. *et al.* Homicide and impunity: an ecological analysis at state level in Brazil. *Rev. Saúde Publ.*, 2009, 43(5):733-742.

26. Ferraz TS. Articulação e comunicação entre os agentes do estado: possíveis impactos sobre a impunidade nos crimes de homicídio. *Revista da AJURIS*, 2018, 45(145):267-292.
27. Moraes TPB. TRILHA DE SANGUE – Direitos humanos e abolição da pena de morte. *Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito*, 2019, 21(1):164-181.
28. Araújo DS, Guimarães PBV, Xavier YMA. O crime de ameaça no âmbito doméstico: uma análise da impunidade da lei Maria da Penha a partir de estudos de fluxos. *RCGD [internet]*, 2019, 12(1):158-180.
29. Santos N do N dos, Santos GB dos. Impacto social da violência urbana. *Rev. FAESF*, 2019, 3(1).
30. Greinert BRM, Sá JS, Yaegashi SFR, Marques, AG, Grossi-Milani R. Família, comportamento e qualidade de vida em crianças vítimas de violência doméstica. *Rev. Valore*, 2018, 4(ed. Especial):151-166.
31. Flores YJR. A violência sexual como fator limitante na percepção e gestão do risco de HIV em mulheres casadas com migrantes. *Rev. latinoam. Enferm.*, 2016, 24(e2782).
32. Leite FMC *et al.* Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 2017, 1(33).
33. Fontana RT. A violência no cotidiano de trabalho da enfermagem. *Rev. Vivências*, 2019, 16(30):99-114.
34. Pereira JPA. *et al.* A violência verbal e suas determinações hierárquicas do contexto família para o contexto escola: fatores inibidores no processo de aprendizagem por mediação segundo vygotsky e estratégias de enfrentamento da psicologia escolar. *Cad. Grad. Ciênc. Hum. Soc. Unit (Impr.)*, 2019, 5(3):271-286.
35. Defas Sani VF. *et al.* Características de depresión em la población LGBTI de la ciudad de Cuenca. *Rev. fac. Ciênc. Méd.*, 2018, 36(3):11-18.
36. Parente JS, Moreira FTL dos S, Albuquerque GA. Violência física contra lésbicas, gays, bissexuais e transsexuais no interior do nordeste brasileiro. *Rev. Salud Pública*, 2018, 20(4):445-452.
37. Pantoja DC, Rodrigues EC, Abrantes DS de S. O negro e o racismo no Brasil: ênfase nas consequências psicológicas. *Rev. Arquivos Científicos (IMMES)*, 2019, 2(2):16-22.
38. Lourença DB, Oliveira FCS de. Vedação da crueldade contra animais: regra ou princípio constitucional?. *Rev. Direitos Fundamentais & Democracia*, 2019, 24(2):222-252.
39. Lacerda IM, Padilha MF, Amaral PSP. Cyberbullying: violência virtual e a tipificação penal no Brasil. *ISJ*, 2018, 2(13):169-184.
40. Silva D da, Silva RLFC. Violência contra as mulheres nos relacionamentos conjugais e a dependência emocional: fator que influencia a permanência na relação. *Humanidades e tecnologia em revista (FINOM)*, 2020, 20(1):328-340.
41. Moura JQ, Fermann IL, Corrêa AS. Intervenções cognitivos-comportamentais com homens autores de violência contra a mulher: revisão integrativa da literatura. *Contextos Clín.*, 2019, 12(3):728-750.
42. Sturbelle ICS *et al.* Tipos de violência no trabalho em saúde da família, agressores, reações e problemas vivenciados. *Rev. Bras. Enferm.*, 2020, 73(supl. 1):1-8.
43. Rettberg A. Violencia en America Latina hoy: manifestaciones e impactos. *Rev. Estud. Soc.*, 2020, 73(1):2-17.

6.2 Artigo 2 Conteúdos Representacionais de mulheres e homens sobre a violência no extremo Sul do Brasil

CONTEÚDOS REPRESENTACIONAIS DE MULHERES E HOMENS SOBRE A VIOLÊNCIA NO EXTREMO SUL DA BRASIL REPRESENTATIONAL CONTENT OF WOMEN AND MEN ABOUT VIOLENCE IN THE EXTREME SOUTHERN BRAZIL

Carolina Coutinho Costa Vallejos; Camila Daiane Silva; Victoria Lêslye Rocha Gutmann; Marina Soares Mota; Juliane Ribeiro Portella; Aline Neutzling Brum; Diéssica Roggia Piexak

RESUMO:

Objetivo: descrever os conteúdos da representação social de mulheres e homens, usuários da ESF, sobre a violência. **Método:** Estudo qualitativo fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Participaram 32 usuários(as) de oito unidades de Estratégias de Saúde da Família da cidade de Rio Grande/RS. Para a coleta foi utilizada a técnica de entrevista com roteiro semiestruturado. A análise foi realizada pelo *software* IRAMUTEQ. **Resultados:** Foram abordadas duas classes que destacaram as diferenças de ser homem e ser mulher frente a violência e os fatores que causam a violência. **Conclusão:** Percebe-se a diferença entre ser homem e ser mulher, frente a violência. A agressividade é introjetada, socialmente, ao sexo masculino, enquanto que o sexo feminino é considerado frágil, sensível e passivo. Vários são os fatores que geram violência, como falta de diálogo, brigas de trânsito, ciúme, drogas, ambiente familiar, desigualdade social, preconceito e impunidade.

Palavras-chave: Enfermagem; Homens; Mulheres maltratadas; Saúde da família; Violência.

INTRODUÇÃO

Apesar da violência atingir todos os grupos populacionais, existem as diferenças de gênero, faixa etária e condições socioeconômicas que tornam cada grupo mais ou menos exposto a isso¹. Um estudo realizado em várias capitais do Brasil, analisou ocorrências de agressão, maus tratos e intervenções legais e, revelou que nos anos de 2011, 2014 e 2017, o sexo masculino teve o maior número de atendimentos em urgência por violência, sendo que as mulheres tiveram como principais agressores, os parceiros íntimos atuais ou anteriores, desconhecidos e amigos².

As mulheres são um grupo que sofre violência de gênero caracterizado pela ideia de dominação masculina sobre o sexo feminino, suposto “sexo frágil”, deixando-as vulneráveis à violência. Sendo assim, é de extrema importância que se analise as condições sociais e históricas que levam a essa experiência atual, para que se planeje estratégias, sobretudo políticas públicas, para o enfrentamento da violência contra as mulheres³.

A violência é considerada um problema de saúde pública e é uma das principais causas de morte a nível global. Além da vulnerabilidade iminente de sofrer violência, homens e mulheres também podem ser os autores, sobretudo o grupo masculino, pois o processo de socialização traz a noção de que um comportamento agressivo é característico dos homens. Além disso, o estímulo dessa conduta, juntamente com a inibição dos sentimentos, pode resultar em atos violentos, tanto aos homens que o cercam, quanto às mulheres⁴.

Sendo assim, um dos setores que se destaca com grande potencial para abordar a violência é a Atenção Primária à Saúde (APS). Esse setor é o que deveria ter a melhor organização para o enfrentamento da violência, pois os profissionais têm contato direto e contínuo com os usuários(as), o que proporcionaria uma detecção precoce de situações de risco¹.

Na APS está a Estratégia de Saúde da Família (ESF), caracterizada como uma importante porta de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, tem como objetivos expandir, qualificar e consolidar o atendimento à saúde⁵, além da descentralização, que permite a coordenação do atendimento as pessoas em situação de violência, o que facilita a identificação, notificação e prevenção de novos casos¹.

Diante disto, considera-se importante conhecer os conteúdos representacionais de mulheres e homens, sobre a violência, para o entendimento de fatores de risco ou de proteção. Assim, considerando o cotidiano de cada indivíduo, tornar-se-á possível a criação de estratégias para o enfrentamento e desnaturalização da violência. Posto isso, o estudo tem como objetivo descrever os conteúdos da representação social de mulheres e homens, usuárias (os) da ESF, sobre a violência.

METODOLOGIA

Este estudo faz parte de um macroprojeto intitulado “Representação Social de Pessoas Usuárias da Estratégia Saúde da Família”. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, fundamentando na Teoria das Representações Sociais.

Para a coleta de dados, foram escolhidas oito unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com maior demanda na cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul. Foram convidadas as primeiras 32 pessoas usuárias que acessassem essas unidades, mantendo-se a igualdade de 16 mulheres e 16 homens. O número de participantes nas entrevistas é um consenso entre os teóricos de RS, os quais afirmam que 30 é o mínimo para se recuperar as RS de um grupo⁶.

Foram incluídos usuários(as) com idade igual ou superior a 18 anos que não possuíam limitações cognitivas de fala, compreensão e audição. E excluídos todos os usuários(as) que procuraram a ESF em situação de urgência/emergência e/ou que não fossem brasileiros. Após o processo de consentimento, o participante registrou o aceite assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado elaborado especificamente para essa pesquisa, contendo questões sobre a caracterização dos participantes e a temática da violência por meio de perguntas abertas norteadoras. O tempo médio das entrevistas foi de 30 minutos. Acrescenta-se que as pessoas usuárias foram convidadas a participar após terem suas necessidades atendidas, sem prejuízo destas com o acesso aos serviços da unidade.

Utilizou-se uma sala reservada e livre de ruídos, em cada ESF, para a gravação das entrevistas. Para a preservação do anonimato, os participantes foram identificados pela inicial “P” de “Pessoas”, seguido do número da ordem de realização da entrevista (P1, P2, P3...), além da caracterização se sexo Feminino (F) ou Masculino (M).

Para o tratamento dos dados, foi utilizado o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) 0.6 alpha 3, desenvolvido por Pierre Ratinaud, o qual possibilita a realização de análises estatísticas sobre dados textuais, fornecendo contextos e classes com conteúdos a partir da semelhança dos seus vocabulários.

Para inclusão dos elementos em suas respectivas classes, são utilizados dois critérios: a frequência maior que a média de ocorrências no *corpus* e a associação com a classe determinada pelo valor de qui-quadrado igual ou superior a 3.84. O mesmo *software* permite a criação da nuvem de palavras, que é uma análise lexical mais simples que possibilita uma rápida visualização do seu conteúdo, em que as palavras mais importantes estarão mais no centro e graficamente maiores que as outras⁷.

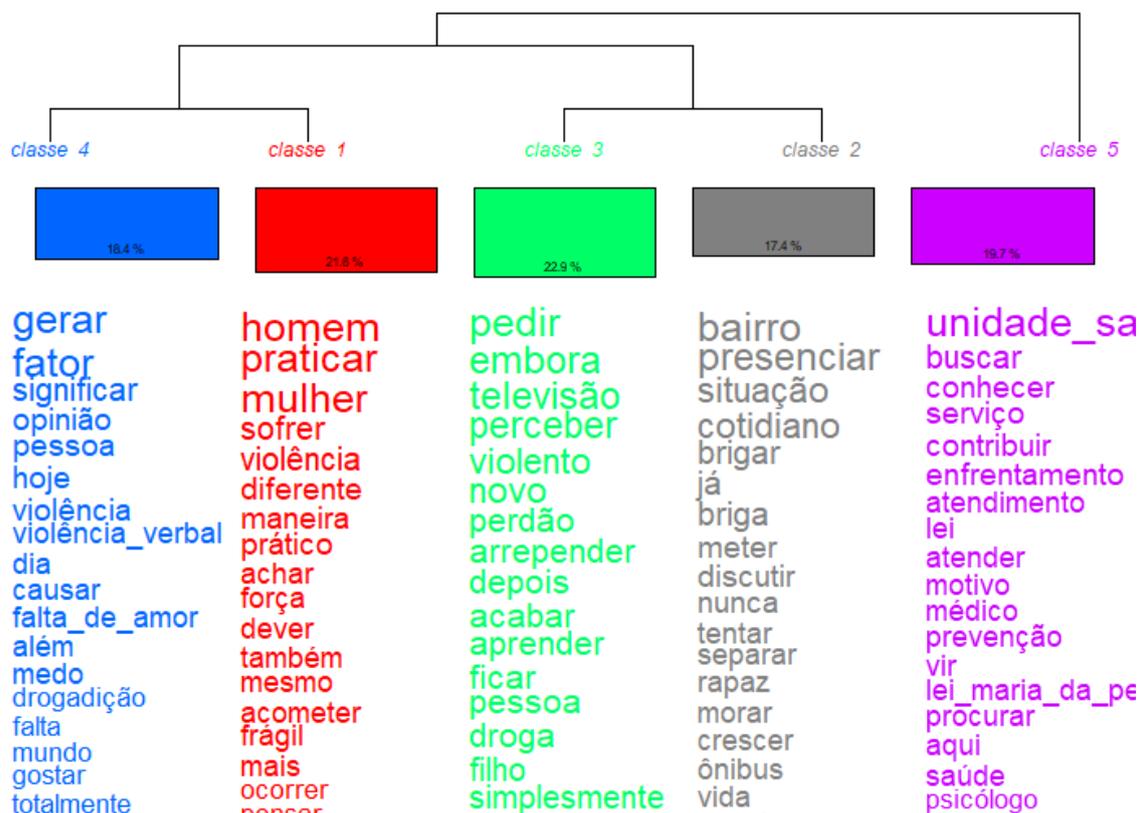
Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, obtendo o parecer aprovado nº 4.041.235 e pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva sob parecer nº 030/2018.

RESULTADOS

O corpus geral foi constituído por 32 textos, separados em 696 Segmentos de Texto (ST), com aproveitamento de 593 desses ST, o que corresponde a 85,2%. Surgiram 24.549 ocorrências (entre palavras, formas ou vocábulos), sendo 2.755 palavras distintas e 1.391 com uma única ocorrência. A partir do cruzamento dos ST, aplicou-se o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), o qual permite a formação de um esquema hierárquico de classes, de modo que os pesquisadores possam inferir acerca do conteúdo, denominar as classes e compreender cada grupo de discurso.

Assim, foram evidenciadas cinco classes: classe 1, com 128 ST (21,6%), classe 2, com 103 ST (17,4%), classe 3, com 136 ST (22,9%), classe 4, com 109 ST (18,4%) e classe 5, com 117 ST (19,7%), conforme ilustra a figura 1.

Figura 1 Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente



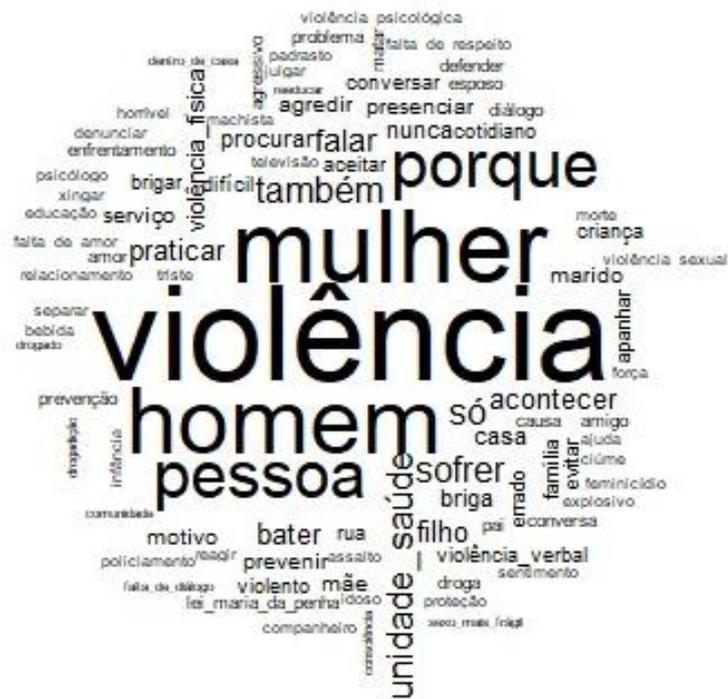
Fonte: Vallejos, CCC. Representações sociais sobre a violência sofrida e praticada por homens e mulheres, 2020.

Nesse estudo, serão abordadas as classes 1 e 4, que correspondem 21,6% e 18,4% respectivamente, do corpus analisado. Essas classes expressam o conteúdo da representação que os participantes têm sobre a violência, a partir do senso comum, ou seja, aquilo que está presente no cotidiano.

Na figura 2 se apresenta a nuvem de palavras referente às classes selecionadas. Observe-se que o termo mais importante é “violência”, seguido de “mulher” e “homem”. Esses termos

revelam que há uma diferença entre mulheres e homens, quanto a violência, seja ela sofrida ou praticada. Além disso, as palavras “porque” e “pessoa” também tem destaque, podendo indicar que os participantes se questionam o motivo da ocorrência da violência entre as pessoas e/ou apresentando os motivos que levam a ocorrência da violência.

Figura 2 Análise lexical dos termos mais frequentes



Fonte: Vallejos, CCC. Representações sociais sobre a violência sofrida e praticada por homens e mulheres, 2020.

A seguir, apresenta-se as duas classes abordadas neste estudo, denominadas como “A representação de ser mulher e homem frente a violência” e “A representação dos fatores que geram a violência”:

A REPRESENTAÇÃO DE SER MULHER E HOMEM FRENTE A VIOLÊNCIA

A violência praticada por homens foi justificada pela naturalização da agressividade nata do homem, consequentemente, a mulher foi vista como vítima. Um dos motivos citados pelos participantes, sobre a mulher sofrer mais violência, foi por ela ser um “sexo frágil”, que não tem capacidade para se defender e, também, pelo simples fato de ser mulher.

O homem se acha no direito de tirar a vida ou de cometer violência. (P10-F)

A mulher sofre mais violência. Eu acho que pelo fato de ser mulher. (P19-F)

Eu acho que a mulher é a mais afetada por causa do feminicídio, por uma questão geral: é um sexo mais frágil. (P14-M)

Acontece de a mulher ser mais frágil e o homem agredir a mulher mais corriqueiramente. (P1-F)

A mulher foi interpretada como fraca pelos participantes, por considerarem os aspectos históricos e sociais, em que ela sempre foi a responsável por cuidar dos filhos e pensar no bem-estar do casamento. Por outro lado, os homens, não possuem essa responsabilidade imposta pela sociedade e lhe é permitido não se importar com tais questões.

Por isso que tem a violência sexual e a violência na infância porque eles (homens) se acham poderosos. (P1-F)

Já a mulher eu acho que é mais frágil, ela pensa em tudo, nos filhos no casamento e, o homem não, ele pensa só nele. (P15-F)

É estranho pensar numa mulher que pratique violência. (P17-M)

Enquanto as mulheres são vistas como “sexo frágil”, os homens apenas são citados como possíveis vítimas da violência quando associados ao grupo Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual e outros (LGBTQIA+). Esse grupo também é alvo de agressões, historicamente, pois envolve ataques discriminatórios acerca da orientação sexual de cada um.

Existem casos dos homens que agredem homens, dos homens que apanham, dos homens homossexuais que apanham por conta da falta de respeito. (P1-F)

Quando fala em homem que sofre violência penso nos homossexuais, porque o homem sofrendo violência é muito difícil. (P17-M)

Quando se trata do tipo de violência praticada por homens e mulheres, os participantes representaram que as violências físicas e sexuais são cometidas por homens e a violência verbal e aquela contra os filhos, por mulheres. Alguns participantes, do sexo masculino, afirmaram ser justificável ser agressivo apenas na rua e com outros homens.

Os homens são bem mais agressivos e as mulheres praticam bem mais a violência verbal. (P2-F)

Realmente tem diferença, geralmente o homem quer bater ou xingar, já a mulher dá as costas, tenta evitar a violência, mas também tem as mulheres que agredem. (P3-M)

Posso te garantir que eu sou uma pessoa que não bato em mulher, sou agressivo na rua com homens, mas em mulheres eu nunca bati. (P30-M)

O homem quando comete violência sexual contra a mulher é o tal do desejar sem ela querer, é a violência pior que tem. A mãe quando espanca uma criança que não pode se defender é pura covardia. (P28-F)

O ser homem e mulher frente a violência se iguala quando se trata dos possíveis motivos pelos quais a violência acontece. Os participantes representaram a violência como a falta de respeito, a falta de orientação dentro de casa acerca desse assunto, a dependência de substâncias psicoativas e a defesa pessoal, ou seja, quando alguém sofre violência pode ser justificável que ela cometa violência para se defender.

A violência acomete homens e mulheres devido a falta de respeito, o homem não respeita a mulher e a mulher não respeita o homem. (P1-F)

Acredito que existem fatores que influenciam a ocorrência da violência como o álcool e a dependência de substâncias. (P2-F)

Então acho que seria uma falta de base em casa, na educação, na conduta dele, algum problema desse tipo. (P19-F)

É horrível que uma mulher sofra violência e, sobre o homem eu também acho horrível. (P6-M)

A REPRESENTAÇÃO DOS FATORES QUE GERAM A VIOLÊNCIA

Existem vários fatores que podem gerar a violência, seja ela física, verbal, emocional, sexual, entre outras. Um dos motivos bastante citado pelos participantes foi a banalização da violência, ou seja, tornou-se algo comum no cotidiano das pessoas, podendo ocasionar a falta de humanidade e preocupação com o próximo.

As pessoas estão achando que a violência se tornou normal, se tornou rotina. (P1-F)

Falta de humanidade é um dos fatores que geram violência. Hoje em dia (...) todos são muito individualistas, não medem as palavras acham que não faz mal o que se fala. (P9-F)

Um pouco de desumanidade mesmo e falta de amor. Se as pessoas pensassem mais em seu próximo e amassem mais uns aos outros, não se agrediriam tanto. (P23-F)

A violência não faz bem, mas é muito complicada, ficou muito comum hoje em dia. (P17-M)

O diálogo foi bastante citado pelos participantes como forma de prevenção da violência. A falta de diálogo pode influenciar na desumanidade e falta de amor, pois assim não se consegue compreender os sentimentos do outro, levando a impaciência, desentendimentos e consequente violência.

Para acabar com a violência teria que gerar uma conversa, mas hoje em dia é complicado conversar com as pessoas. (P27-M)

Os fatores que geram violência são brigas, discussões, desentendimentos, desrespeito. (P21-M)

Acho que é o diálogo que falta hoje. (P18-M)

Um dos fatores que pode gerar a violência é a discordância e a falta de paciência. (P4-M)

Se as pessoas conseguissem conversar não precisava chegar na violência física. (P28-F)

“Bate boca” tem que tentar resolver com diálogo, porque a violência também se gera assim. (P23-F)

Um dos fatores que gera violência é a falta de diálogo, o estresse, não que justifique, porque não justifica, mas o estresse causa a violência. (P19-F)

As brigas no trânsito são comuns de acontecer por causa do estresse pois geralmente são iniciadas por motivos fúteis que ofendem uma pessoa que pode estar passando por algum momento desagradável e, assim gerar a violência.

As pessoas já estão estressadas, irritadas e, gera um ato de violência muitas vezes de briga, como no trânsito. (P23-F)

São muitos fatores que influenciam na ocorrência da violência, às vezes é uma palavra mal entendida, uma violência no trânsito. (P3-M)

Outro fator que gera violência é o ciúme, que afeta muitos casais, levando a vários tipos de violência e até mesmo a morte. O ciúme pode provocar um sentimento de possessividade sobre o outro

O desentendimento e as brigas são alguns dos fatores que podem gerar a violência. Acho que o ciúme e a traição fazem com que homens e mulheres sejam acometidos pela violência (P6-M)

Um dos fatores que geram violência é o ciúme. (P32-F)

A dependência de substâncias químicas e o tráfico também são motivos significativos para a ocorrência da violência. A dependência de substâncias pode estar associada a carência de afeto, carinho, ausência de propósito na vida e, conseqüentemente, essa dependência pode levar a atitudes violentas.

O desemprego e as drogas são outros fatores, porque muitas vezes a pessoa está sentindo falta de alguma coisa na vida e acha que a bebida e a droga são a resposta. (P15-F)

A drogadição é um dos fatores que gera a violência. É uma das principais violências, a bebida. (P25-F)

A drogadição é um dos fatores que gera muita violência, além do tráfico hoje em dia o que mais gera a violência é a corrupção e o tráfico de drogas. (P11-M)

Além dos problemas que uma pessoa enfrenta durante seu ciclo vital, o ambiente em que ela foi criada muito influencia para que a violência vire rotina ou não. Os participantes destacam que as crianças que são criadas em ambientes violentos, tendem a ser violentos na vida adulta. Outro fator que gera a violência é a desigualdade social, porém este é responsabilidade do Estado e da sociedade em geral. Existem muitos locais em que as pessoas nem ao menos conhecem seus direitos e, assim são desfavorecidas, perdendo oportunidades que poderiam ofertar melhores condições de vida, o que pode ocasionar em atitudes violentas que garantem o mínimo para si mesmo e suas famílias. A pobreza expõe a violência de maneira geral, não significando que um lar pobre seja violento ou não tenha amor. Sendo assim, a educação e a criação com afeto seriam uma solução para gerar adultos respeitosos e não violentos.

Eu sofri violência quando menor, por isso me tornei uma pessoa mais agressiva e hoje em dia eu quero esquecer do passado. (P30-M)

Acho que o ponto é a educação em primeiro lugar e assim pode ser que melhore alguma coisa. (P31-F)

O povo tem que criar suas crianças de uma forma a respeitar o próximo, respeitar as pessoas como pessoas, não como católico, como religião, como orientação sexual, mas sim respeitar as pessoas. (P1-F)

Um dos fatores que gera a violência é a desigualdade social, uns com tanto e outros sem nada. (P15-F)

Se as pessoas da periferia não passassem por tantas dificuldades não precisariam recorrer a violência. (P12-M)

A discriminação é um fator histórico para a reprodução da violência, seja ele contra mulheres, negros, população LGTBQIA+, indígenas, imigrantes, pessoas que não tem um padrão estético considerado “ideal”, entre outros. A discriminação induz as pessoas a cometerem atos de violência contra esses grupos, levando a sérias consequências na vítima, como dores físicas e emocionais. Além disso, o medo é um sentimento que perpetua entre as pessoas que sofrem com isso.

Acredito ser muito comum as mulheres sofrerem violência, além de ter que conviver com isso, muitas vezes se submetem a isso pelo medo de sofrer ainda mais. (P17-M)

Por meu marido ser magro e negro e eu ser gorda e branca sofro esse preconceito, existe esse preconceito de um homem tão bonito estar com uma mulher gorda. (P1-F)

Tem vezes que uma pessoa comete a violência do nada, como foi no caso dos meus amigos homossexuais (vítimas). (P7-F)

Para muitos, a impunidade é o que gera cada dia mais violência, pois afirmaram que se ninguém for condenado pelo que faz, outras pessoas serão autorizadas a cometerem violência.

A solução para o enfrentamento da violência está em melhorar o policiamento e aplicar penas mais rígidas para os agressores.

Mexer na parte que deixa as pessoas impunes, rever a possibilidade de colocar pena de morte. Acho que assim minimizaria muito a violência. (P14-M)

A impunidade está entre os fatores que geram violência, porque aqui no Brasil pode fazer qualquer coisa e, continua impune. (P14-M)

Acho que a violência possa ser prevenida sim, mas aqui no nosso país as penas não causam medo. (P11-M)

Acho que mais policiamento, mais guardas, eu acho que mais um pouco de gente na rua mostrando que tem segurança, provavelmente não teria tanta violência (P31-F)

Deveriam ter mais regras e mais punição, os policiais tinham que tomar mais atitude para terminar com essa violência porque se não terminar cada dia terá mais. (P13-F)

Um fator que gera violência é o fato dos policiais não terem atitude de prender as pessoas que cometem violência. (P13-F)

DISCUSSÃO

Apesar de existirem vários padrões de masculinidade, o mais aceito culturalmente é o hegemônico, que está embasado em modelos patriarcais que constituem características como domínio sobre a mulher, a chefia familiar, provisão do lar, distanciamento emocional, coragem, força, competitividade e sexualidade exacerbada. Esses comportamentos refletem a reprodução de princípios que são esperados do sexo masculino e, que contribuem para a violência conjugal, ou seja, há uma banalização da violência praticada pelo sexo masculino⁸.

Ao mesmo tempo que esses atributos possam ser considerados positivos, existe momentos em que o homem está em posição de vulnerabilidade e a pressão social transforma essas características em algo tóxico para ele. Um estudo mostrou, em discursos masculinos, que o comportamento “livre” e de insubordinação da mulher, pode ser considerado uma ameaça a masculinidade e possível gatilho para a violência⁸.

Além disso, a característica histórica do sexo feminino é ser “frágil”, sensível e passiva. Mesmo diante de tantas transformações ao longo dos anos, em relação aos papéis de gênero, o discurso de que a mulher é inferior ao homem, ainda predomina, sendo reforçado por indivíduos, correntes ideológicas, instituições e setores da sociedade, contribuindo para atos de violência contra as mulheres⁹.

A população LGBTQIA+, especificamente pessoas do sexo masculino e homossexuais, são também, muitas vezes, considerados “inferiores” aos homens heterossexuais, por motivo

de não se encaixarem nos padrões hegemônicos da masculinidade e ligar-se ao feminino, a transitar entre gêneros ou até mesmo não se identificar com o binarismo. Sendo assim, tornam-se um alvo para críticas e atos de violência de todos os tipos. Um estudo mostrou que a masculinidade tóxica tem grande impacto na vida de homens *gays*, levando ao sofrimento psíquico, sensação de estar “incompleto” e ainda, a homofobia¹⁰.

Em relação ao tipo de violência praticada por homens e mulheres, os participantes relataram que a física e a sexual são as mais comuns para os homens, enquanto que a verbal é mais comum para as mulheres. Um estudo revelou os tipos de violência, cometidos por homens contra as mulheres, mais notificados no Brasil, sendo 86,6% violência física, 53,1% violência psicológica e 4,8% violência sexual¹¹. Porém, sabe-se que ainda há falhas nas notificações e que esses números podem não estar representando o quantitativo mais efetivo.

Ao considerar a mulher como agressora, os participantes relataram que a violência mais comum é a verbal e contra seus filhos. Um estudo apresentou que 63% de crianças e/ou adolescentes já sofreram violência, e os principais agressores são os pais, sendo pai e mãe (50,9%) ou somente um deles (30%) e as principais formas de violência são a psicológica, seguida de negligência, abandono, sexual e física¹².

Quando se fala em violência, geralmente o que se imagina são grandes atos de violência pontuais e passageiros que chocam a sociedade e que têm grande visibilidade, porém existem atos silenciosos de violência que não abalam como analfabetismo, baixa qualidade de serviços públicos, homicídios e torturas cometidos contra idosos e crianças, falta de moradia, prostituição e desemprego. O Estado consolida a banalização da violência sob a justificativa de manter um país pacífico e ordeiro, enquanto aqueles que são violentados e tentam contar a sua história, são considerados pessoas que atrapalham o bom andamento do país¹³, sendo assim, a violência acaba sendo introjetada na sociedade como algo “normal”.

Um fator que foi relatado pelos participantes como gerador de violência, foi a falta de diálogo. Este fator também foi identificado em outras pesquisas, pois ele pode ocorrer entre os familiares, desencadeando comportamentos agressivos, além de ser percebido como um produto da violência doméstica, visto que está presente em relações já desgastadas e sem possibilidade de conversa¹⁴⁻¹⁵.

Além disso, os relacionamentos podem sofrer com o ciúme e o sentimento de posse velados, ou seja, pode ser “naturalizado” como uma demonstração de afeto e carinho, dificultando o reconhecimento precoce de situações de violência. Um estudo questionou os participantes sobre o ciúme nos relacionamentos e, 39,8% responderam que esse sentimento

causa prejuízo. Destaca-se que esse sentimento afeta muitas pessoas e, nesse mesmo estudo 50,5% se consideraram pouco ciumentos, enquanto 13,3% se consideraram muito ciumentos¹⁶.

As brigas de trânsito foram relatadas pelos participantes como um outro fator que gera violência. O número de infrações e acidentes de trânsito é alto e, pode ser justificado pelo acelerado desenvolvimento urbano e a falta de infraestrutura adequado para tantos veículos¹⁷. Sendo assim, o tráfego de carros acaba congestionado e, conseqüentemente, causando um estresse negativo nos condutores, que podem levar a comportamentos inadequados e agressivos¹⁷.

O tráfico de drogas e a dependência de substâncias também estão relacionados a violência. Um estudo revelou que os agressores de mulheres têm características em comum e, uma delas, é o uso de álcool e outras drogas nos instantes que precedem a agressão¹⁸. Além disso, a violência contra as mulheres pode ocorrer dentro do lar, afetando diretamente os menores que podem estar presentes no momento da agressão. O ambiente que uma criança cresce é muito importante para determinar o tipo de adulto que irá se tornar. Ao analisar o lar de crianças vítimas de violência doméstica, um estudo revelou que as mesmas também presenciavam outros fatores como o uso de substâncias químicas, desemprego e situação de extrema pobreza. Sendo assim, essas crianças tinham seu desenvolvimento social e escolar comprometido¹⁹.

Além disso, um fator que está ligado ao ambiente doméstico, mas não depende tanto das famílias, é a desigualdade social. No Brasil, a maioria dos indivíduos que sofrem ou cometem homicídio são aqueles com baixa escolaridade, de comunidades pobres ou periferias e, que tiveram uma infância difícil, marcada pela violência. Essas pessoas acabam entrando para o mundo do crime pois é nele que conseguem bens materiais, *status* e respeito, que dificilmente conseguiriam de outra forma²⁰.

A discriminação é um fator que gera muita violência a diversos grupos de pessoas, dentre os destacados pelos participantes estão, o preconceito contra a mulher, pessoas gordas e homossexuais. A misoginia, é a discriminação contra mulheres e o feminino e, isso dificulta os avanços e mudanças para romper com a subordinação e violência contra a mulher²¹.

Já a “gordofobia”, é um termo que classifica o preconceito contra pessoas gordas que ainda não está descrito em lei, ou seja, não é configurado como crime, porém, ele acontece, como o ocorrido em Belo Horizonte/Brasil em que uma vaga de emprego excluía pessoas negras e gordas, questionando sua capacidade e habilidade para trabalhar²². Essa atitude revela um preconceito severo com pessoas que claramente podem e merecem terem suas vidas respeitadas. Ainda, a homofobia é o menosprezo e atitudes agressivas contra a população LGBTQIA+. Um

estudo revelou que a maioria dos estudos publicados nesta temática, demonstram apenas a ótica dos agredidos e, pouco se sabe das ações governamentais para o enfrentamento dessa violência²³.

O último fator relatado pelos participantes foi a impunidade das pessoas que cometem crimes de violência. Um estudo apresentou que crimes graves como homicídio, tem seus processos muito mais lentos e deficientes e, não raro, acontece o abandono da investigação, principalmente quando passa muito tempo, pois dificulta a coleta de informações que identifique os autores do crime²⁴. Alguns participantes sugeriram a pena de morte como solução para esses crimes, porém se sabe que os países cada vez mais estão abolindo a pena de morte e defendendo os direitos humanos e o direito à vida²⁵.

Outra solução que os participantes relataram é o aumento de policiamento, porém sabe-se que apesar do trabalho da polícia, a criminalidade avança incontrolavelmente, percebendo-se assim a necessidade de alguma mudança no planejamento para o enfrentamento da violência. Uma estratégia para a transformação positiva na polícia, é o policiamento comunitário, que busca a aproximação e a participação da sociedade para fortalecimento da luta contra a criminalidade²⁶.

CONCLUSÃO

Ao descrever a representação social de homens e mulheres sobre a violência, percebe-se primeiramente, a diferença entre ser homem e ser mulher. Atos de agressão estão introjetados, socialmente, como sendo comum ao sexo masculino, enquanto que ao sexo feminino é imposta a fragilidade, sensibilidade e passividade. Essas características, atribuídas ao longo do desenvolvimento social, fazem com que as mulheres fiquem vulneráveis a violência. O grupo LGBTQIA+, especialmente homens, também ficam vulneráveis a atos de preconceito e agressões, pois não se encaixam nos “padrões” de masculinidade impostos.

Acerca do tipo de violência, os homens praticam mais a violência física e a sexual, que surge pelo sistema patriarcal que julga o homem como poderoso sobre as mulheres e crianças, o que o autoriza a ser violento, mas ao mesmo tempo o violenta por privar esse da expressão de si e de seus sentimentos. Já as mulheres praticam mais a violência verbal, que pode acontecer por geralmente não terem a mesma força física de um homem e, as palavras acabam sendo a maneira mais fácil de agredir um homem.

Vários foram os fatores que geram violência, representados neste estudo, sendo a falta de diálogo, brigas no trânsito, ciúme, drogas, ambiente familiar inseguro, desigualdade social,

preconceito e impunidade as que mais geraram discussão. Sendo assim, percebe-se a importância de conhecer os fatores que levam a violência, para construção de estratégias para a detecção precoce e a prevenção de situações de violência.

Pressupõe-se que esses resultados possam contribuir para a melhoria do atendimento em saúde em situações de violência, formação de leis e políticas que guiem para ações mais resolutivas com o cuidado as pessoas que sofrem violência.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça CS, Machado DF, Almeida MAS, Castanheira ERL. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Cien saúde colet*, 2020, 25(6): 2247-2257.
2. Pinto IV, Bevilacqua PD, Ribeiro AP, Santos AP, Bernal RTI, Malta DC. Agressões nos atendimentos de urgência e emergência em capitais do Brasil: perspectivas do VIVA Inquérito 2011, 2014 e 2017. *Rev. brasil. epidemiol.*, 2020, 23(1):1-14.
3. Nascimento FR, Santos IA, Angelo LMD, Santos MF. Mulheres vítima de violência de gênero: perfil sócio-demográfico (Eunápolis-BA). *Braz. J. of Develop*, 2020, 6(6):37962-37969.
4. Santos AAO dos, Moreira MC. Feminicídio: uma análise sobre a construção das masculinidades e a violência contra a mulher. *Cadernos de psicologia*, 2020, 1(2):389-409. Disponível em: <https://seer.cesjf.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/2500/1633#>. Acesso em: 16 nov. 2020.
5. Diário Oficial da República Federativa do Brasil (Br). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 nov 2020.
6. Santos EI, Gomes AMT, Oliveira DC de. Representations of vulnerability and empowerment of nurses in the context of HIV/AIDS. *Texto & Contexto enferm.*, 2014, 23(2):408-416.
7. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Universidade Federal de Santa Catarina [Internet]. 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em 15 set 2020.
8. Silva AF da, Gomes NP, Pereira A, Magalhães JFR, Estrela FM, Sousa AR, *et al*. Atributos sociais da masculinidade que suscitam a violência por parceiro íntimo. *Rev. Bras. Enferm.*, 2020, 73(6):1-7.
9. Ferreira KM, Lasneau, LPP, Bernadino AV. A (Des) Construção dos padrões normativos de gênero. *Rev. Mosaico*, 2019, 10(1):56-62.
10. Moura RG. A masculinidade tóxica e seus impactos na vida dos gays dentro das organizações. *Rev. Ciên. Trabalho*, 2019, 13(1):125-139.
11. Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS, Rodrigues MTP, Pereira VOM, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Rev. brasil. epidemiol.*, 2020, 23(supl. 1):1-13.

12. Hildebrand NM, Celeri EHRV, Morcillo AM, Zanolli MD. Resiliência e problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vítimas de violência. *Rev. Saúde Publ.*, 2019, 53(17):1-14.
13. Pereira TS. Autoritarismo das relações e o Mito da Não Violência. In: Silva LP, Lopes RB, Batista RR, Bet RR, Basilio RJ, Freitas SM, *et al.* Dentro Da Educação, 1ª ed. São Paulo: SL editora, 2020, p. 200-215.
14. Lourenço LM, Junior GVP. Violência doméstica na agenda da saúde: crenças de gestores de uma microrregião. *Gerais*, 2020, 13(1):1-18.
15. Santos KA, Zarpellon BCO, Lau EC. Justiça restaurativa em casos de violência doméstica: (im) possibilidades. *Aporia Jurídica*, 2019, 1(11):1-11.
16. Haack KR, Falcke D. Seria o ciúme mediador entre as experiências na família de origem e a violência física na conjugalidade? *Psico-USF*, 2020, 25(3):425-437.
17. Moura MP, Tomé AM, Formiga NS. A agressividade no trânsito e modernidade: reflexões sobre os aspectos psicossociais do ‘real’ desta realidade. *Psicologia.pt, Brasil*. [atualizado em 2020 Jun 1; citado em 2020 Out 24]. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?a-agressividade-no-transito-e-modernidade-reflexoes-sobre-os-aspectos-psicossociais-do-real-desta-realidade&codigo=A1401#:~:text=Social%20e%20Grupos-.A%20agressividade%20no%20tr%C3%A2nsito%20e%20modernidade%3A%20reflex%C3%B5es%20sobre%20os,psicossociais%20do%20'real'%20desta%20realidade&text=Trata%20de%20de%20uma%20pesquisa,e%20da%20psicologia%20no%20tr%C3%A2nsito.
18. Nicolau EA, Fraga KFS, Marçola NS, Oliveira TA, Madalena TS, Silva VG. Relação entre violência contra mulher e uso de substâncias psicoativas pelo agressor. *ANALECTA*, 2020, 5(5):1-20.
19. Greinert BRM, Sá JS, Yaegashi SFR, Marques, AG, Grossi-Milani R. Família, comportamento e qualidade de vida em crianças vítimas de violência doméstica. *Rev. Valore*, 2018, 4(ed. Especial):151-166.
20. Rosenda L C, Junior TCNN, Czapski ARS. Violência, Direitos Humanos e Educação como Forma de Atenuar a Violência. *Humanidades & Inovação*, 2019, 6(7):38-46.
21. Aguiar RQ, Pelá MCH. Misoginia e violência de gênero: origem, fatores e cotidiano. *Revista Sapiência: Sociedade, Saberes e Práticas Educacionais*, 2020, 9(3):68-84.
22. Gomes MCA, Carvalho AB. “Não podem ser negras e gordas”: analisando a violência verbal em reações sociodiscursivas produzidas por leitores/as em contextos jornalísticos digitais brasileiros. *Rev. Estud. Ling.*, 2020, 28(4):1667-1695.
23. Formento JAS, Almeida SS. Violência homofóbica: revisão sistemática da literatura. *Research, Society and Development*, 2020, 9(7):1-15.
24. Ferraz TS. Articulação e comunicação entre os agentes do estado: possíveis impactos sobre a impunidade nos crimes de homicídio. *Revista AJURIS*, 2018, 45(145):267-292.
25. Moraes TPB. TRILHA DE SANGUE – Direitos humanos e abolição da pena de morte. *Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito*, 2019, 21(1):164-181.
26. Couto LA. Polícia militar e policiamento comunitário: direções que se entrelaçam na defesa e garantia dos cidadãos. In: Junior JR, Couto LA, Toledo MAA. Olhares entrelaçados: ciência e saberes em segurança pública: do bairro à pátria. Goiânia: Kelps, 2019.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda existem poucos estudos que comparam a visão de homens e mulheres sobre a violência e suas nuances na forma de praticar ou sofrer. Sendo assim, esse estudo de Representações Sociais se mostrou necessário para a compreensão do conhecimento consensual e do cotidiano dessas pessoas.

Ao analisar o núcleo central, as mulheres representaram os tipos de violência que ocorre com elas e os fatores que desencadeiam a violência, como a dependência de substâncias. Já o núcleo central dos homens, destacou os grupos que estão vulneráveis à violência, como crianças/adolescentes, mulheres, grupo LGBTQIA+, idosos e pessoas negras e também a violência urbana.

Verifica-se a diferença na representação social sobre violência entre mulheres e homens, principalmente no local onde ocorre a violência e o tipo de violência, para cada um dos grupos. O local que mais ocorre violência contra as mulheres é o espaço doméstico, desencadeada pelo sistema patriarcal, que considera as mulheres submissas aos homens e as suas vontades. O local da violência contra homens acontece nas ruas, trânsito, bares, festas, ou seja, espaços públicos, e que muitas vezes se inicia por motivos fúteis, gerando a agressão física e podendo levar até a morte.

A primeira periferia das mulheres ratifica o núcleo central, pois os tipos de violência também são relatados, complementando com sentimentos negativos e outros grupos, que não elas, que estão suscetíveis a sofrer violência. Já na primeira periferia dos homens, percebe-se uma preocupação com as pessoas que cometem atos de violência e mesmo assim continuam impunes, sem nenhum tipo de condenação pelo Estado.

Ao considerar a segunda periferia das mulheres, há uma grande preocupação com a violência contra os animais que afeta o grupo diretamente e, também pela família, que pode tanto sofrer violência, quanto praticar a violência dentro do ambiente doméstico. A segunda periferia dos homens tem como termos mais evocados a dependência de substâncias, a violência urbana e violência sem motivo, podendo fazer uma relação em que a dependência de substâncias pode ser um fator que desencadeia a violência urbana.

As zonas de contraste, tanto dos homens quanto das mulheres, reforçaram as primeiras periferias de cada quadro de quatro casas, sempre destacando que as mulheres focam na violência que ocorre no ambiente doméstico e os homens, no ambiente público. A partir da análise de similitude, foi possível identificar a participação dos termos *violência física* e

violência, que são elementos centrais na representação das mulheres e homens, respectivamente e, também identificar a diferença estrutural de cada grupo.

Ao descrever os conteúdos da representação social de homens e mulheres sobre a violência, percebeu-se primeiramente, a diferença entre ser homem e ser mulher. Atos de agressão estão introjetados, socialmente, como sendo comum ao sexo masculino, enquanto que ao sexo feminino é imposta a fragilidade, sensibilidade e passividade. Essas características, atribuídas ao longo do desenvolvimento social, contribuem para a vulnerabilidade das mulheres sobre a violência. Ainda, o estereótipo da mulher “frágil” existe há séculos, atrelado aos cuidados da casa e dos filhos, enquanto que dos homens é esperado que trabalhe fora de casa e mantenha o sustento da casa, não sendo obrigatória a tarefa de cuidar de sua própria casa e criar seus filhos.

Sendo assim, percebeu-se que os participantes identificam que a mulher sofre muito mais violência doméstica, desde a infância, tendo o pai como agressor, até a vida adulta, em que os principais agressores são seus parceiros íntimos. Já o homem se envolve mais em situações de violência urbana, como brigas de trânsito, brigas em festas, entre outros.

Existem vários fatores que podem levar a violência. Um deles é o preconceito e, a homofobia está muito presente no discurso dos participantes. O grupo LGBTQIA+, especialmente homens, estão vulneráveis a atos de preconceito e agressão, por não se encaixam nos “padrões” de masculinidade impostos pela estrutura social. Dentre outros fatores está a banalização da violência, ou seja, os atos agressivos já não chocam tanto as pessoas e, muitas se omitem de prestar socorro. A falta de respeito entre as pessoas desperta sentimentos negativos que podem levar a violência. Ainda, a falta de diálogo e o ciúme é um gatilho importante para atos de violência nos relacionamentos.

A violência urbana tem números cada vez mais elevados, tendo diversos motivos como brigas de trânsito, dependência de substâncias químicas, tráfico de drogas, desigualdade social. Ligado a isso, a impunidade das pessoas que cometem esses crimes provoca um ambiente hostil onde as pessoas estão sempre com sentimento de insegurança e impotência, sendo necessária uma estratégia para aumentar e melhorar a segurança pública.

Ao compreender as representações de mulheres e homens sobre a violência, é possível refletir sobre melhorias para a detecção precoce e acompanhamento de pessoas que sofrem violência, pois apesar de ser um tema histórico, as leis, políticas públicas e processos de trabalho ainda não conseguem ter uma abordagem específica para mulheres e homens, que possuem necessidades e percepções diferentes.

Acredita-se que esses resultados possam contribuir para a reflexão dos cuidados prestados às pessoas que sofrem e cometem violência, de acordo com a realidade vivência sobre os atos violentos. Ainda, é importante destacar a dificuldade de encontrar estudos que retratassem a visão dos homens sobre a violência, sendo que são os mais afetados pela violência urbana e os que mais cometem violência contra outros grupos.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998.

ARRUDA, A. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. *Cadernos de Pesquisa*, n. 117, p. 127-47, 2002.

ARRUDA, A. **Angela Arruda e as representações sociais: estudos selecionados**. Curitiba: champagnat; São Paulo: 2014.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 936. **Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 19 maio 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em: 21 fev 2020.

BRASIL. Portaria GM/MS 2.920. **Estabelece recursos financeiros para Municípios com Estratégia Saúde da Família que atuem em áreas priorizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2008a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2920_02_12_2008.html. Acesso em 24 fev 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania**. Brasília, 2008b. Disponível em: https://www.senado.gov.br/comissoes/CE/AP/PDE/AP_08_MinisterioJustica.pdf. Acesso em: 24 fev 2020.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Ideal Gráfica e Editora, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma técnica**. Brasília, 3ª ed., 2012.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: 1. ed. atual., 2014b.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1271/2014 e SINAN versão 5.0. **Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada**. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório de gestão dos termos de cooperação**. Brasília, 2015.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais Femicídio**: Investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres. Brasília, 2016a.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 26 fev 2020.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Dispõe sobre os mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 7 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso em: 13 fev 2020.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. **Dispõe sobre prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio e incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 9 mar. 2016b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm. Acesso em: 18 fev 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Panorama Rio Grande, 2018**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/rio-grande/panorama>. Acesso em: 28 ago 2019.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Atlas da Violência 2019**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>. Acesso em: 19 fev 2020.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. **Universidade Federal de Santa Catarina [Internet]**. 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>.

COSTA, A.C.F. *et al.* Violência doméstica: do perceptível ao imperceptível. **Jornal Eletrônico das Faculdades Integradas Vianna Junior**, v. 11, ed. 1, p. 248-270, 2019.

CORRADI, C. *et al.* Theories of femicide and their significance for social research. **Current Sociology**, v. 64, n. 7, p. 975-995, 2016.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 11, supl., p. 1163-1178, 2007.

- FARR, R.M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2013.
- FEITOSA, A.L.X. *et al.* Atendimento a mulher que sofre violência doméstica na Estratégia de Saúde da Família. **International nursing congress**. Universidade Tiradentes, maio 2017.
- FLÓRIDO, H. G. *et al.* Gerenciamento das situações de violência no trabalho na estratégia de saúde da família pelo enfermeiro. **Texto e Contexto**, n. 29, e. 20180432, p. 1-14, 2020.
- GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed - São Paulo: Atlas, 2008.
- GRACINDO, A.M.C.; SOARES, C.M. A violência contra a mulher não é só mais uma violência. É violência de gênero! **Revista Includere**, Mossoró, v. 1, n. 1, p. 195-199, Ed. Especial, 2015.
- HILDEBRAND, N.M.; *et al.* Resiliência e problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vítimas de violência. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 17, 2019.
- JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.) **As representações sociais**. Tradução: Lilian Ulup. Rio de Janeiro: Ed. uerj; 2001.
- LEMONS, A. *et al.* A lei do bullying: instruindo jovens e adolescentes no combate ao bullying nas escolas. **IV Seminário Científico da FACIG**. II Jornada de Iniciação Científica da FACIG. 2018.
- LIMA, B.C.; *et al.* A importância do estudo da violência contra a mulher para a saúde coletiva. **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico**, v. 4, n.3. Edição Especial, jul. 2018.
- LINO, V.T.S.; RODRIGUES, N.C.P.; LIMA, I.S. *et al.* Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.24, n. 1, 2019
- MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F.; NETO, O.C., *et al.* **Pesquisa Social**. 20º ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002, p. 9-2
- MINAYO, M. C. S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 646-647, 2004.
- MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006 (Coleção Temas em Saúde).
- MOREIRA, A. da C.; SILVA, T.A.S.M. Cuidados de enfermagem as vitimas de violências interpessoais na atenção básica. **Revista Pró-universUS**, v. 10, n.1, p. 42-46, 2019.
- MOSCOVICI, S. **Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. On social representations. In: FORGAS, JP. **Social cognition: perspectives on everyday understanding**. New York: Academic Press, 1981, p.181-210.

MOSCOVICI, S. **Social representations: expositions in social psychology**. New York: New York University Press, 2001.

MOSCOVICI, S. O fenômeno das representações sociais. In: MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

MOSCOVICI, S. Representação social: um conceito perdido. In: MOSCOVICI, S. **A psicanálise social: um conceito perdido**. Tradução Sonia Fhurmann. Petrópolis: Vozes, 2012a.

MOSCOVICI, S. Prefácio da 2ª Edição. Tradução In: MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Tradução Sonia Fhurmann. Petrópolis: Vozes, 2012b.

NETTO, L. de A., *et al.* Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão pelo apoio institucional especializado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, ed. Especial, p. 135-142, 2015.

NEVES, U. **Pesquisa revela crescimento da violência contra profissionais de saúde**. Portal PEBMED, ago 2019. Disponível em: <https://pebmed.com.br/pesquisa-revela-crescimento-da-violencia-contra-profissionais-de-saude/> Acesso em: 17 out 2019.

NÓBREGA, V.K. de M., *et al.* Renúncia, violência e denúncia: representações sociais do homem agressor sob a ótica da mulher agredida. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 24, n. 7, jul. 2019.

NÚMERO de assassinatos cai 19% no Brasil em 2019 e é o menor da série histórica. **G1**. 14 fev 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2020/02/14/numero-de-assassinatos-cai-19percent-no-brasil-em-2019-e-e-o-menor-da-serie-historica.ghtml>. Acesso em: 19 fev 2020.

OLIVEIRA, D.C. *et al.* Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: PAREDES, A.S. **Perspectivas Teórico-Methodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB; 2005.

OLIVEIRA, K.S.M. *et al.* Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, e. 57462, p.1-9, 2018.

OLIVEIRA, A.C.G.A.; COSTA, M.J.S.; SOUSA, E.S.S. Femicídio e violência de gênero: aspectos sóciojurídicos. **Revista Tem@**, v.16, n.25, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Brasil. **Transformando nosso mundo: A agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Centro de Informações das Nações Unidas para o Brasil, 25 set 2015. Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/Agenda2030-completo-site.pdf. Acesso em: 14 fev 2020.

PECORA, A.R.; SÁ, C.P. de. Memórias e Representações Sociais da Cidade de Cuiabá, ao Longo de Três Gerações. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.21, n.2, p. 319-325, 2008.

PEREIRA JÚNIOR, L.A.; BERETTA, R.C. de S. A estratégia de saúde da família e o enfrentamento à violência e fatores de risco. **Rev. Psicologia e Saúde em debate**, v. 5, n. 2, p. 82-95, 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE. Secretaria de Município da Saúde. **Relatório de gestão segundo quadrimestre/2018**: relatório de desempenho. Rio Grande, 2018.

SÁ, C. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 1998.

SÁ, C. de. Introdução. In: SÁ, C. de. **Núcleo central das representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SADALLA, N.P. *et al.* A Lei do Femicídio: sua aplicabilidade e consequências. **Revista de Direito da Faculdade Estácio do Pará**, v. 6, n. 9, p. 1-25, 2019.

SANTOS, E. I.; GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. de. Representations of vulnerability and empowerment of nurses in the context of HIV/AIDS. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 2, p.408-416. 2014.

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL. Serviços e informações. Estatísticas. **Indicadores criminais. Indicadores criminais por município 2019**. Disponível em: <https://ssp.rs.gov.br/indicadores-criminais>. Acesso em: 20 fev. 2020.

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL. Serviços e informações. Estatísticas. Indicadores da violência contra a mulher. **Indicadores da violência contra a mulher por município 2019**. Disponível em: <https://ssp.rs.gov.br/indicadores-da-violencia-contra-a-mulher>. Acesso em: 20 fev 2020.

SILVA, S.E.D. da S.; CAMARGO, B.V.; PADILHA, M. I. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n.5, p.947-951. 2011.

SIMÕES, A.V. *et al.* Identificação e conduta da violência doméstica contra a mulher sob a ótica dos estudantes universitários. **Enfermería Actual de Costa Rica**, edição semestral, n.37 San José jul. 2019.

SOUZA M.T., SILVA M.D., CARVALHO R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**. 2010;8 (1 Pt 1): 102-6.

SOUZA, M.A.R. de., *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Rev Esc Enferm USP**, v.52, e.03353, 2018.

SOUZA, T. M. C.; SANTANA, F. R. M.; MARTINS, T. F. Violência contra a mulher, polícia civil e políticas públicas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n.4, São João del Rei, out-dez 2018. e1619.

SOUZA, MC.G.; SOUZA, T.M.C. Psicologia e políticas públicas de enfrentamento à violência contra mulheres: experiências de universitárias. **Psic. Rev. São Paulo**, v. 28, n.1, p. 125-149, 2019.

TELES, M. A. de A.; MELO, M. **O que é violência contra mulher**. 1ª ed. Ebook. São Paulo: Hedra Ltda. 2017

TOLEDO, Luciano Medeiros de. **Violência**: orientações para profissionais da atenção básica de saúde. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2013.

TRENTIN, M.C.; STEFFENS, S.R. Violência sexual conjugal: Aspectos históricos, jurídicos e psicanalíticos. **Unoesc & Ciência**, v. 8, n. 2, p. 177-186, jul., 2017.

VIEIRA, P.R.; GARCIA, L.P.; MACIEL, E.L.N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, E200033, p. 1-5, 2020.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n.5, p. 546– 553, 2005.

WHO. **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002

WHO. **World Health Statistics**. Geneva: WHO, 2018

APÊNDICE A – Roteiro para a coleta de dados: Evocações livres

Data:

Unidade:

Cite as cinco primeiras palavras que lhe vem à cabeça a partir da palavra:

“Violência”

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Informante nº: _____

Nome:

Sexo:

Orientação sexual:

Idade:

Raça:

Nível de escolaridade: () ensino fundamental () ensino médio () ensino superior

Profissão:

Renda:

Número de filhos:

Bairro que reside:

Com quem reside:

Estado civil: () tem companheir@ e mora com el@ () tem companheir@ e não mora com el@ () não tem companheir@

Religião:

APÊNDICE B – Roteiro para a coleta de dados: Entrevista

Data:

Unidade:

Entrevista nº _____

Informante nº: _____

ROTEIRO – ENTREVISTA

1. Qual a sua opinião sobre violência?
2. Quais fatores você acha que influenciam na ocorrência da violência?
3. Para você como a violência acomete homens e mulheres?
4. Qual a sua opinião a respeito de um homem que sofre violência?
5. Qual a sua opinião a respeito de uma mulher que sofre violência?
6. Para você como homens e mulheres praticam a violência?
7. Qual a sua opinião a respeito de um homem que pratica a violência?
8. Qual a sua opinião a respeito de uma mulher que pratica a violência?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr. (a) participante

Meu nome é _____, sou aluna do _____ em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, e estou realizando a pesquisa intitulada “Representação social de pessoas usuárias da atenção básica sobre violência: estudo de gênero”, sob orientação da professora Dr.^a Camila Daiane Silva. Gostaria de convidar-lhe a participar, na qualidade de informante. Para tanto, você estará respondendo a uma entrevista, que será gravada, mediante sua autorização, para que nenhum detalhe importante seja perdido. Os dados coletados serão usados somente nesta pesquisa, que possui o objetivo geral de analisar as representações sociais de pessoas usuárias da Estratégia Saúde da Família acerca da violência. Como objetivos específicos espera-se: conhecer a estrutura e conteúdo das representações sociais de pessoas usuárias da Estratégia Saúde da Família acerca da violência; e comparar, segundo gênero, a estrutura e conteúdo das representações sociais de pessoas usuárias da Estratégia Saúde da Família acerca da violência. Assim, trará benefícios indiretamente para os participantes, ao permitir a reflexão e o conhecimento acerca da temática, bem como possibilitar a criação de estratégias futuras para melhor intervir. A pesquisa não apresenta riscos biológicos ou físicos, porém frente a algum desconforto emocional, angústia ou abalo sentimental, será disponibilizado suporte psicológico através do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF). Você possui o direito de se negar a participar ou a responder alguma pergunta ou, ainda, a desistir da participação em qualquer etapa do estudo, sem que isso lhe cause algum prejuízo. Sua participação é isenta de despesas ou de qualquer tipo de recompensa. Você tem o direito de se manter informado sobre os resultados parciais e finais, os quais serão publicados em eventos e periódicos científicos, mantendo-se o anonimato de sua identidade. O sigilo será desfeito frente à alguma declaração que indique risco eminente à sua vida. Você receberá uma cópia deste termo e outro ficará com a pesquisadora. Se em algum momento lhe surgir dúvidas, poderá entrar em contato comigo (e-mail: _____; telefone:) ou com a pesquisadora responsável (e-mail: camilasilva@furg.br; telefone: 53-984786700) ou ainda pelo CEPAS-FURG (telefone: 32374652).

Você aceita participar?

Concordo voluntariamente a participar desta pesquisa.

Assinatura do participante. Data ___/___/___

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante.

Assinatura da pesquisadora responsável. Data ___/___/___

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (COMPESQ)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COMPESQ



Título Do Projeto: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE PESSOAS USUÁRIAS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE VIOLÊNCIA: ESTUDO DE GÊNERO

Pesquisador responsável: Camila Duiane Silva

Discente Graduação: Victoria Leslyê Rocha Gutmann

Avaliador do COMPESQ: Lisiane Ortiz Teixeira

O Projeto Contém os seguintes itens?

- ✓ Título
- ✓ Autor(es)
- ✓ Resumo/Descritores
- ✓ Local de Origem
- ✓ Local de Realização
- ✓ Introdução
- ✓ Objetivos
- ✓ Material e Métodos
- ✓ Cronograma
- ✓ Orçamento
- ✓ Referências Bibliográficas
- Termo de Consentimento Informado

Observações:

Preenchimento da folha de rosto – Plataforma Brasil:

Contém a descrição do Item 15? Sim Não

Preenchimento da Folha de Encaminhamento ao CEPAS:

Contém assinatura do orientador do estado? Sim Não

Contém código da área do conhecimento, conforme o CNPQ? Sim Não

Contém Dados do autor principal? Sim Não

Contém link para o Currículo Lattes (Http://)? Sim Não

O projeto caracteriza-se um Projeto de Pesquisa?

- ✓ Sim Não

Aprovação

- ✓ Projeto Aprovado Projeto Reprovado

Atenciosamente,
COMPESQ,

Lisiane Ortiz Teixeira

Rio Grande, 23/ 11 /2018.

COMPESQ
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Escola de Enfermagem

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS)



CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 264/2018

CEPAS 126/2018

Processo: 23116.011051/2018-01

CAAE: 03758918.1.0000.5324

Título da pesquisa: Representação social de pessoas usuárias da atenção básica sobre violência: estudo de gênero

Pesquisador Responsável: Camila Daiane Silva

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de APROVADO para a o projeto " **Representação social de pessoas usuárias da atenção básica sobre violência: estudo de gênero**".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 30/07/2019.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 14 de Dezembro de 2018.

Profa. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE PESSOAS USUÁRIAS DA ATENÇÃO BÁSICA
SOBRE VIOLÊNCIA: ESTUDO DE GÊNERO

Pesquisador: Camila Daiane Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03758918.1.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.041.235

Apresentação do Projeto:

Trata-se de proposta de emenda de projeto aprovado neste comitê. No resumo do mesmo constam as seguintes informações: "A violência permeia a história e o cotidiano da sociedade há milhares de anos. Ao longo desse tempo, diversos estudiosos buscam definir seu conceito, causas e fatores envolvidos e as consequências para o indivíduo e coletividade. Sabe-se que homens e mulheres cometem e são acometidos pela violência de maneira diferenciada. No entanto, poucos são os estudos que evidenciam a percepção dos indivíduos em relação à temática e de acordo com o gênero dos participantes. Assim, este projeto tem como objetivo geral analisar as representações sociais de pessoas usuárias da Estratégia Saúde da Família acerca da violência. Como objetivos específicos espera-se: conhecer a estrutura e conteúdo das representações sociais de pessoas usuárias da Estratégia Saúde da Família acerca da violência; e

Ativa
Acesse

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pedido de Emenda, justificada nos seguintes termos: "Justifica-se esta solicitação de emenda, para: 1 - incluir mais um objetivo específico: Descrever os conteúdos da representação social de mulheres e homens, usuários da ESF, sobre a violência. 2 - Declarar que o objetivo acima e o primeiro objetivo específico (já aprovado no projeto original) "Comparar, segundo gênero, a estrutura e conteúdo das representações sociais de pessoas usuárias da Estratégia Saúde da Família acerca da violência" serão desenvolvidos por meio de uma dissertação de mestrado, da

mestranda: Carolina Coutinho Costa, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem - FURG. Todas as demais etapas metodológicas já aprovadas por este comitê serão mantidas iguais".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados no projeto aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1534168_E1.pdf	01/04/2020 15:01:32		Aceito
Outros	parecer_264_cepas_126_2018_APROVADO.pdf	16/12/2018 10:45:06	Eli Sinnott Silva	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	28/11/2018 00:48:45	Camila Daiane Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final.docx	27/11/2018 20:31:09	Camila Daiane Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/11/2018 20:28:01	Camila Daiane Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO GRANDE, 21 de Maio de 2020

Assinado por:
SIMONE GROHS FREIRE
(Coordenador(a))

Ativa
Acesse

ANEXO D - Parecer do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC)



Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE



NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NUMESC

Parecer 030/2018

Rio Grande, 12 de dezembro de 2018.

**Projeto – REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE PESSOAS USUÁRIAS DA ATENÇÃO BÁSICA
 SOBRE VIOLÊNCIA: ESTUDO DE GÊNERO**

Autores: Victoria Leslyê Rocha Gutmann

Parecer:

Perante a análise do colegiado do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva - NUMESC, decidiu-se pelo **DEFERIMENTO** do projeto de pesquisa apresentado.

Solicita-se a readequação do cronograma, visto o trabalho ter sido entregue ao NUMESC já em dezembro (10/12/2018). Ressalta-se ainda, que após a conclusão da etapa de implantação do projeto, os resultados sejam enviados para o NUMESC e apresentado em evento organizado por este núcleo.

Núcleo Municipal de Educação
 em Saúde Coletiva
 Numesc - Rio Grande-RS

Enfª Dra. Carliuza Oriente Luna
 COREN 79431
 Coordenadora do NUMESC